

CA1
XC37
-2003
A13

Government
Publications



HOUSE OF COMMONS
CANADA

ACCESS TO HEALTH CARE FOR THE OFFICIAL LANGUAGE MINORITY COMMUNITIES:

Legal Bases, Current Initiatives
and Future Prospects



Report of the Standing Committee
on Official Languages

Mauril Bélanger, M.P.
Chair

October 2003

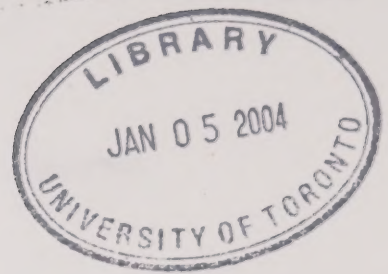


The Speaker of the House hereby grants permission to reproduce this document, in whole or in part for use in schools and for other purposes such as private study, research, criticism, review or newspaper summary. Any commercial or other use or reproduction of this publication requires the express prior written authorization of the Speaker of the House of Commons.

If this document contains excerpts or the full text of briefs presented to the Committee, permission to reproduce these briefs, in whole or in part, must be obtained from their authors.

Also available on the Parliamentary Internet Parlementaire: <http://www.parl.gc.ca>

Available from Communication Canada — Publishing, Ottawa, Canada K1A 0S9



**ACCESS TO HEALTH CARE FOR THE
OFFICIAL LANGUAGE MINORITY COMMUNITIES:**

**Legal Bases, Current Initiatives
and Future Prospects**

**Report of the Standing Committee on
Official Languages**

**Mauril Bélanger, M.P.
Chair**

October 2003



ACCESS TO HEALTH CARE FOR THE OFFICIAL LANGUAGE MINORITY COMMUNITIES:

Legal Bases, Current Initiatives and Future Prospects

Report of the Standing Committee on Official Languages



Marcel Bélanger, M.P.

Chair

October 2003

STANDING COMMITTEE ON OFFICIAL LANGUAGES

CHAIR

Mauril Bélanger, M.P.

Ottawa—Vanier (ON)

VICE-CHAIRS

Yvon Godin, M.P.

Acadie—Bathurst (NB)

Yolande Thibeault, M.P.

Saint-Lambert (QC)

MEMBERS

Carole-Marie Allard, M.P.

Laval East (QC)

Mark Assad, M.P.

Gatineau (QC)

Eugène Bellemare, M.P.

Ottawa—Orléans (ON)

John Bryden, M.P.

Ancaster—Dundas—Flamborough—
Aldershot (ON)

Jeannot Castonguay, M.P.

Madawaska—Restigouche (NB)

Christiane Gagnon, M.P.

Québec (QC)

John Herron, M.P.

Fundy—Royal (NB)

Rahim Jaffer, M.P.

Edmonton—Strathcona (AB)

Jason Kenney, M.P.

Calgary Southeast (AB)

Dan McTeague, M.P.

Pickering—Ajax—Uxbridge (ON)

Scott Reid, M.P.

Lanark—Carleton (ON)

Benoît Sauvageau, M.P.

Repentigny (QC)

Raymond Simard, M.P.

Saint Boniface (MB)

CLERK OF THE COMMITTEE

Marc-Olivier Girard

PARLIAMENTARY RESEARCH BRANCH OF THE LIBRARY OF PARLIAMENT

Marion Ménard, Analyst

Digitized by the Internet Archive
in 2023 with funding from
University of Toronto

<https://archive.org/details/31761119724276>

THE STANDING COMMITTEE ON OFFICIAL LANGUAGES

has the honour to present its

NINTH REPORT

In accordance with its Order of Reference from the House of Commons of March 20, 2003, the Standing Committee on Official Languages has examined the subject matter of Bill C-202, *An Act to amend the Canada Health Act (linguistic duality)*, and has agreed on the following observations and recommendations:

Canada Health Act	7
Official Languages Act	8
CHAPTER 2 – AMENDMENTS TO THE CANADA HEALTH ACT	
CURRENT BILL C-202	11
Networks	15
Primary Care	17
Training	18
Research	19
New to the Bill	21
CHAPTER 3 – AMENDMENTS TO THE OFFICIAL LANGUAGES ACT	
THE BILL	23
French Canada (魁北克)	25
Conclusion	26
LIST OF RECOMMENDATIONS	28
APPENDIX A – LIST OF MEMBERS	30
APPENDIX B – LIST OF STAFF	32
APPENDIX C – LIST OF MEETINGS	37

TABLE OF CONTENTS

LIST OF ABBREVIATIONS.....	ix
INTRODUCTION.....	1
CHAPTER 1 — THE CONSTITUTIONAL AND LEGAL BASES OF HEALTH CARE IN BOTH OFFICIAL LANGUAGES.....	3
<i>Constitution Act, 1867</i>	3
Canadian Charter of Rights and Freedoms.....	5
<i>Canada Health Act</i>	7
<i>Official Languages Act</i>	8
CHAPTER 2 — ACCESS TO HEALTH CARE IN BOTH OFFICIAL LANGUAGES: CURRENT INITIATIVES AND FUTURE PROSPECTS.....	11
Networking	16
Primary Care	17
Training	18
Research.....	18
New Technologies (InfoHealth).....	21
CHAPTER 3 — INTERGOVERNMENTAL COOPERATION MECHANISMS IN THE HEALTH FIELD	23
Finance Canada, the CHST and the <i>Official Languages Act</i>	25
Conclusion	26
LIST OF RECOMMENDATIONS	29
APPENDIX A — LIST OF WITNESSES	33
APPENDIX B — LIST OF BRIEFS.....	35
APPENDIX C — LETTER TO THE CHAIR FROM THE MINISTERS OF HEALTH AND INTERGOVERNMENTAL AFFAIRS	37

GOVERNMENT RESPONSE.....	39
SUPPLEMENTARY OPINION — BLOC QUÉBÉCOIS.....	41
MINUTES OF PROCEEDINGS.....	43

LIST OF ABBREVIATIONS

CCESMC	Consultative Committee for English-speaking Minority Communities
CCFSMC	Consultative Committee for French-speaking Minority Communities
CHT	Canada Health Transfer
CHST	Canada Health and Social Transfer
CIHR	Canadian Institutes of Health Research
CNFS	Consortium national de formation en santé
CURA	Community-University Research Alliances
FAJEFCL	Fédération des associations de juristes d'expression française de common law
FCFAC	Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada
OLEP	Official Languages in Education Program
PHCTF	Primary Health Care Transition Fund
SSHRC	Social Sciences and Humanities Research Council of Canada

INTRODUCTION

This study is pursuant to a motion agreed to in the House of Commons on 19 March 2003 by a majority vote of 153 to 35, in which the Standing Committee on Official Languages of the House of Commons was asked to report no later than October 31 of this year on the following question:

That Bill C-202, *An Act to amend the Canada Health Act (linguistic duality)*, be not now read a second time but that the Order be discharged, the bill withdrawn and the subject matter of the bill be referred to the Standing Committee on Official Languages to report back to the House on or before October 31, 2003.¹

The Minister of Health, the Honourable Anne McLellan, and the Minister of Intergovernmental Affairs, the Honourable Stéphane Dion, also wrote to the Chair of the Standing Committee on Official Languages asking that the Committee explore other mechanisms for promoting better access to health care for the official language minority communities.

In accordance with the mandate given it, the Committee decided to focus its efforts along a first axis, the determination of the legal bases of the delivery of health care to the linguistic minorities. Although the Ontario Court of Appeal put an end to a long judicial saga on 7 December 2001 by deciding that Ottawa's Montfort Hospital should be fully maintained, debate as to whether the linguistic minorities have or should have an individual or collective right to health care and social services² in their language continues. In Chapter 1, we present a summary of the various legal opinions we requested on that question.

In Chapter 2, the Committee presents a brief overview of the situation regarding access to health care in the minority language, including current initiatives to improve the situation. The \$119 million investment announced this past March in the health component of the Canadian government's Action Plan for Official Languages³ will be a "lever" for networking, primary care and training.

In Chapter 3, as we shall see, the entire question of access to health care for linguistic minorities must be addressed within the broader debate on the future of Canada's health system. The current mechanisms for intergovernmental cooperation must be used to improve the health services offered to linguistic minorities and, in particular, to ensure their long-term continuation. The Committee believes this issue is too important and fundamental to be reviewed every five years subject to available funding and the goodwill of political authorities of the moment. We all know that health has been the subject of intense discussions between the federal and provincial

¹ House of Commons, *Debates*, March 19, 2003, p. 4447.

² In this report, the concept of health care includes social services.

³ Government of Canada. *The Next Act: New Momentum for Canada's Linguistic Duality. The Action Plan for Official Languages*. 2003, p. 79.

governments for some years now. It is high time that matters pertaining to the health care provided to the linguistic minorities be given the attention they deserve by the decision-makers in place. Those discussions must lead to the implementation of structural and long-term measures.

CHAPTER 1: THE CONSTITUTIONAL AND LEGAL BASES OF HEALTH CARE IN BOTH OFFICIAL LANGUAGES

The decision by the Health Services Restructuring Commission to close Montfort Hospital in February 1997, as well as the ensuing legal battle, sparked a still ongoing debate on individual and collective rights to health care and social services in the language of the minority. The question was brought to the attention of the commissions that examined the future of health care in Canada (Kirby and Romanow).⁴ The Standing Committee on Official Languages asked four legal experts for opinions on the constitutional and legal bases of health care in the minority language. More specifically, we asked them to base their interpretation on four pieces of legislation we consider relevant to the question:

- the *Constitution Act, 1867*, including the federal spending power;
- the Canadian Charter of Rights and Freedoms;
- the *Canada Health Act*;
- the *Official Languages Act*.

Constitution Act, 1867

It is important at the outset to review the distribution of powers between the two orders of government. As André Braën, law professor at the University of Ottawa, noted, the provincial governments received extensive powers in the health field under the *Constitution Act, 1867*. Apart from their jurisdiction over hospitals and asylums (s. 92(7)), they received constitutional powers in public health by virtue of the jurisdiction granted to the provinces under the Constitution over local or private matters (s. 92(16)). They also administer the provincial health insurance plans as a consequence of their power to regulate property and civil rights (s. 92(13)).⁵ While the provinces have primary responsibility for the delivery of health care services, the services under the jurisdiction of the Government of Canada must not be overlooked. The government intervenes in the health care sector by virtue of its jurisdiction over criminal law, quarantine, marine hospitals, interprovincial and international trade, patents and trademarks and its powers with respect to peace, order and good government. The federal government also has direct responsibilities with respect to ensuring health care services are available to certain groups, for example, primary care for the First Nations and Inuit communities and other services for veterans and personnel of the RCMP, the Correctional Service of

⁴ We refer here to the study conducted by the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology (Kirby Committee) and those of the Commission on the Future of Health Care in Canada (Romanow Commission), which submitted their final reports in the fall of 2002.

⁵ *Evidence*, Standing Committee on Official Languages, Meeting No. 31, 37th Parliament, 2nd Session, 17 September 2003 (1615).

Canada and the Armed Forces. In addition, we will see further along in this section that the Government of Canada supported the establishment of provincial public health care plans through its spending power. The Government of Canada played an important role in the evolution of the Canadian health care system, and this fact cannot be omitted in the subject under discussion.

The power to make laws with regard to the use of official languages has not been formally inscribed in sections 91 and 92 of the *Constitution Act*, 1867. Consequently, it belongs to both levels of government as part of their legislative powers. The power to legislate on linguistic matters is an “ancillary” power to the exercise of legislative authority over a class of subjects assigned to Parliament or to provincial legislatures.⁶ As Professor Pierre Foucher of the University of Moncton noted, “The right to health care services in one’s own language is a provincial matter.”⁷

Since 1867, however, the spending power has been the central government’s principal means of exercising its authority in the health field. The *Constitution Act*, 1867 grants Parliament a virtually unlimited power to tax and spend. That power has enabled it to intervene in provincial jurisdictions such as health care and to try to lead the provinces to comply with uniform national standards, indeed even to influence the spirit of policies developed under the provinces’ jurisdiction.

The experts we consulted unanimously told us that Parliament may use its spending power to support the provincial governments in providing health care in both official languages. That option would be the safest legally, but more controversial politically. It could use its spending power to make direct payments to individuals, third parties or the provinces, as it is currently doing for education in minority communities, to improve social services and health care. Although it cannot directly regulate activities under provincial jurisdiction,⁸ the Government of Canada may set “conditions” as to how the money is to be spent.⁹ This procedure has never been challenged in court. Through its spending power, the Parliament of Canada could recognize a right to health care in the language of the linguistic minority in the *Canada Health Act* or the *Official Languages Act*, and its obligation, as is the case in education, would be to assist the provinces in carrying out that mission.

In *Reference re Secession of Quebec*,¹⁰ the Supreme Court of Canada stated that the Constitution of Canada is based on four principles: federalism, democracy,

⁶ This is how the Supreme Court ruled in *Devine* in 1988, holding that Quebec had the necessary legislative authority to legislate on language in areas under its jurisdiction. Judge Michel Bastarache confirmed the decision in *Devine* on this point in paragraph 14 of his 1999 judgment in *Beaulac*.

⁷ *Evidence*, Standing Committee on Official Languages, Meeting No. 30, 37th Parliament, 2nd Session, 16 September 2003 (0915).

⁸ *Evidence*, Standing Committee on Official Languages, Meeting No. 30, 37th Parliament, 2nd Session, 16 September 2003 (0940).

⁹ This argument was recently confirmed by a decision of the Alberta Court of Appeal in *Winterhaven Stables Ltd. v. Canada* [1988], 53 D.L.R., (4th), p. 434.

¹⁰ *Reference re Secession of Quebec* [1998], 2 S.C.R. 217, p. 248-249.

constitutionalism (the rule of law) and protection of minority rights.¹¹ In the view of Professor Martha Jackman, of the University of Ottawa, this last unwritten principle of the Constitution could be argued to demonstrate an obligation to provide services in both official languages. Professor Jackman acknowledged, however, that, to date, the courts have interpreted the unwritten principles set out in *Reference re Secession of Quebec* as mainly negative obligations, that is to say obligations which prevent the state from acting rather than compel it to act. However, a feature of the language rights set out in the Canadian Charter of Rights and Freedoms is that they impose obligations on governments to act. The unwritten principles stated in *Reference re Secession of Quebec* thus constitute a good starting point for emphasizing the obligation to provide services in both languages:

I do think it's possible to interpret these provisions, or principles, as imposing a duty to act. The constitutional rights of linguistic minorities mean little if they do not imply some positive obligations.¹²

Canadian Charter of Rights and Freedoms

Although the right to instruction in the language of the official language minority is entrenched in the Canadian Charter of Rights and Freedoms, that right is generally recognized as not existing in the health field. However, witnesses appearing before the various commissions on health care in Canada (Kirby and Romanow) suggested that there were individual and collective rights to health care in the language of the patient.¹³ The experts' views on this question are outlined below.

Section 7 guarantees that everyone has the right to life, liberty and security of the person and the right not to be deprived of those rights except in accordance with the principles of fundamental justice. In Professor Martha Jackman's view, it could be argued that health care within the meaning of the *Canada Health Act* must be accessible in the language of the linguistic minority in order to meet the requirements of section 7.¹⁴

The Committee also asked whether failure to receive health care in one's language could be argued as a ground of discrimination under section 15 of the

¹¹ Although they are not expressly written, those underlying constitutional principles can nevertheless give rise to substantial legal rights. The principle of the protection of minority rights moreover was successfully argued in the *Montfort* case.

¹² *Evidence*, Standing Committee on Official Languages, Meeting No. 30, 37th Parliament, 2nd Session, 16 September 2003 (0915).

¹³ *Evidence*, Standing Committee on Official Languages, Meeting No. 23, 37th Parliament, 2nd Session, 27 May 2003 (0905).

¹⁴ Professor Jackman was alluding here to the Supreme Court of Canada decision of May 8 of this year to hear the appeal of Quebec physician Dr. Jacques Chaoulli, seeking to have the provisions prohibiting the private sector from competing with the public sector in the health field ruled unconstitutional. The applicant's claims had previously been rejected by the Superior Court of Quebec and the Court of Appeal.

Charter.¹⁵ In *Eldridge v. British Columbia*,¹⁶ the Supreme Court of Canada ruled that a deaf person is entitled to receive health services in a language that he can understand. Failure to provide translation services constituted discrimination under section 15 of the Charter. Does that right extend to the speakers of a minority language? Opinion was divided on the question. In Professor Jackman's view, section 15 provides some very intriguing potential arguments that the Committee may wish to explore.¹⁷ Conversely, in Professor Pierre Foucher's opinion, it is far from certain that the mother tongue is contemplated by section 15. If it were, only the mother tongue would be concerned. Secondly, a bilingual person would not benefit from this right. Thirdly, the right would accrue to every language, not just to official languages. Lastly, only translation services, not direct services, would be guaranteed.¹⁸

The legal experts also explored subsections 16(1) and (3) of the Charter. Subsection 16(1) guarantees equality of the official languages and subsection 16(3) represents what is called the advancement principle: it commits Parliament and the governments to advancing linguistic equality. To date, that principle has been interpreted so as not to prevent governments from passing measures that advance equality. However, it does not compel them to act. In *Beaulac*,¹⁹ the Supreme Court agreed that subsection 16(1), which entrenches linguistic equality, means that rights that are in existence at a given time must also be implemented. However, it is important to note that this does not require governments to add rights. In concrete terms, if the right to health care in one's language were added in a statute, either the *Official Languages Act* or the *Canada Health Act*, subsections 16(1) and 16(3) would then have an impact. As a result of subsection 16(3), that act could not be challenged on the basis of other Charter provisions, and, under subsection 16(1), linguistic equality would impose positive obligations on governments to ensure that that right is implemented equally.

The experts examined subsection 20(1) of the Charter, which imposes an obligation on the federal government to provide services in both languages in the central offices and where there is significant demand. Where it offers services directly to certain groups (First Nations, Inuit communities, veterans, RCMP, Correctional Service and Canadian Armed Forces personnel), the health care which the federal government provides directly is included in the services contemplated by section 20.

With regard to the three territories, Tory Colbin, President of the Fédération des associations de juristes d'expression française de common law (FAJEFCL), contended

¹⁵ "Every individual is equal before and under the law and has the right to the equal protection and equal benefit of the law without discrimination and, in particular, without discrimination based on race, national or ethnic origin, colour, religion, sex, age or mental or physical disability."

¹⁶ *Eldridge v. British Columbia (A.G.)*, [1997] 3 S.C.R. par. 624.

¹⁷ *Evidence*, Standing Committee on Official Languages, Meeting No. 30, 37th Parliament, 2nd Session, 16 September 2003 (0920).

¹⁸ *Evidence*, Standing Committee on Official Languages, Meeting No. 30, 37th Parliament, 2nd Session, 16 September 2003 (0910).

¹⁹ *R. v. Beaulac*, [1999] 1 S.C.R., para. 768.

that sections 16 and 20 of the Charter compelled the territorial and Canadian governments to provide health services to every French-speaking individual in the three territories where there is "significant demand" or where the "nature of the office" requires. However, in the case of the three territories, although the Government of Canada is responsible for health care, it is increasingly transferring that responsibility to the territorial governments. This devolution of responsibility has caused problems in the operation of the official languages in the health field and in various other fields as well. There is a grey area here that must be clarified.

RECOMMENDATION 1

The Committee calls on the Commissioner of Official Languages to investigate whether the Government of Canada is complying with the *Official Languages Act* when it is required to provide care directly to certain groups or communities or, again, whether it ensures its obligations are met when it transfers its responsibilities to third parties. We ask the Commissioner to report to the Committee following her investigation.

Would it be possible to amend the Charter to entrench a new right to health care in a person's language? The experts agree that it would be very difficult to go ahead with such a constitutional amendment. Recognizing a right to health care in the minority language in the Constitution of Canada would require the unanimous consent of all partners in Confederation under Part V of the *Constitution Act, 1982*. However, there is nothing preventing the Parliament of Canada and a consenting province from resorting to the bilateral procedure of the amending formula to include such a right. The Committee can only hope that provinces will follow the example of New Brunswick on the road to linguistic equality. The *Constitution Amendment Proclamation, 1993 (New Brunswick Act)* constitutionally recognized the equality of New Brunswick's two linguistic communities by amending section 16 of the Canadian Charter of Rights and Freedoms. New Brunswick is now required to protect and advance the status, rights and privileges of the two linguistic communities.

Canada Health Act

Third, the Committee asked experts to examine the *Canada Health Act*. In its present form, the *Canada Health Act* states five conditions that the provincial and territorial governments are required to meet in their public health insurance systems to be entitled to all federal contributions paid under the Canada Health and Social Transfer (CHST). Those five conditions are universality, comprehensiveness, portability, public administration and accessibility. The FCFAC, its members and a number of Francophone community associations have frequently requested that a sixth condition, linguistic duality, be added. A number of briefs²⁰ were submitted to the Committee on this matter requesting that Parliament include access to health care in both official languages in the *Canada Health Act* and make it a prerequisite to federal funding. The

²⁰ Twelve organizations submitted a brief to the Committee, and many of them recommended the addition of a principle on linguistic duality in the *Canada Health Act*.

President of the Fédération des associations de juristes d'expression française de common law extended that argument even further: "The notion of a sixth principle of linguistic equality is essential, and perhaps even mandatory under the Constitution. Parliament has the power to attach language-related conditions to funding. I would even venture to say that it has the obligation to impose such conditions."²¹

Health Canada has expressed reservations over the proposal. The Department believes that the approach adopted to date by the Government of Canada, that of supporting provincial governments and communities in their efforts to provide official language minority communities with better access to services in their language, is more appropriate than adding a sixth principle to the Act.²² Moreover, the legal experts consulted told Committee members that, for political reasons, it would be very difficult to amend the present *Canada Health Act*.²³

The Committee asked the experts to consider one of the principles stated in the Act, accessibility. According to that principle, the provinces must "provide for insured health services on uniform terms and conditions and on a basis that does not impede or preclude, either directly or indirectly whether by changes made to insured persons or otherwise, reasonable access to those services by insured persons."²⁴ In Pierre Foucher's view, it is not out of the question from the outset that the principle of accessibility includes access to health care in the patient's language, if it is interpreted in accordance with the unwritten principle of protection for minorities. However, that interpretation has never been validated by the courts.

Official Languages Act

Fourth, the experts analyzed the *Official Languages Act*. Part VII expresses the Government of Canada's commitment to enhancing the vitality of the communities and advancing the equality of the two languages as to their status and use. According to one school of thought, it is pointless to invoke Part VII because it is non-executory, that is to say it does not create an obligation.

The Minister of Intergovernmental Affairs, the Honourable Stéphane Dion, expressed his view when he appeared before our committee on 17 March 2003 to present the Canadian government's Action Plan for Official Languages. In his view, Part VII is a political commitment and the action plan is the concrete expression of that commitment. According to the Minister, the wording of Part VII, in addition to being vague, directly involves the provinces in the implementation of a number of initiatives.

²¹ *Evidence*, Standing Committee on Official Languages, Meeting No. 30, 37th Parliament, 2nd Session, 16 September 2003 (0935).

²² *Evidence*, Standing Committee on Official Languages, Meeting No. 24, 37th Parliament, 2nd Session, 28 May 2003 (1535).

²³ *Evidence*, Standing Committee on Official Languages, Meeting No. 30, 37th Parliament, 2nd Session, 16 September 2003 (0925).

²⁴ *Canadian Health Act*, 1984.

Consequently, it is hard to conceive how the Government of Canada could be held responsible for provincial initiatives.²⁵

However, a recent Federal Court judgment has renewed debate on the matter. In his testimony on September 16, Professor Pierre Foucher referred to a Federal Court judgment rendered on September 8,²⁶ in which the Court granted an order requiring the Canadian Food Inspection Agency to comply with Part VII, which means that the Court found that that part of the Act has binding force and can lead to orders being made. If that is the case, it is quite easy to make a connection with the health issue. It would be reasonable to assume that the Government of Canada has an obligation under section 41 of the Act to do everything within its power to support and assist the development of health care in both languages. On October 14, the federal Department of Justice appealed this decision.

In addition, under paragraph 43(1)(d), the Minister of Canadian Heritage has an obligation to take measures on behalf of the Government of Canada to assist the provinces in providing health care in the minority language. It is now recognized that the Government of Canada spends in order to reinforce linguistic minorities' access to education and services in their language. Part VII and paragraph 43(1)(d) are the expression of the federal government's spending power which we explain above in this chapter. Consequently, some experts think it would be much easier and more effective, politically and from an implementation standpoint, to add a right to access to health care to the *Official Languages Act* rather than amend the *Canada Health Act*. Another possible option is ratification of a memorandum of understanding between Health Canada and the Department of Canadian Heritage (PCH) along the lines of what was signed in 1997 between the Treasury Board and PCH respecting the implementation of section 41 of the *Official Languages Act*. We return to this point in Chapter 3.

The debate initiated in recent years on the constitutional and legal bases of health care for the linguistic minorities is clearly not over. Nor can the Committee claim to have exhausted it. We hope we have shed new light on the question. As we shall see in the next chapter, a number of initiatives have already been implemented and progress is being made on this entire issue. However, those initiatives to improve access must not circumvent the right of linguistic minorities to receive care in their language. The Committee believes that a legal guarantee will have to be provided somewhere out of a concern for fairness and equality, but also to reinforce the initiatives currently being implemented in the field. This was the observation made by the community associations that we heard, and by hospital administrators working in the field. The discussion must continue, and that is why the Committee is asking the Commissioner of Official Languages to make this a priority in the coming years.

²⁵ Evidence, Standing Committee on Official Languages, Meeting No. 14, 37th Parliament, 2nd Session, 17 March 2003, (1610)

²⁶ *Maires de la péninsule acadienne c. Agence canadienne de l'inspection des aliments* (2003 FC 1048).

RECOMMENDATION 2

The Committees calls on the Commissioner of Official Languages to organize a national forum at which legal experts will publicly examine the best options for consolidating the legal bases of health services for linguistic minorities, including the possibility of adding a sixth principle, on linguistic duality, to the *Canada Health Act*. We request the Commissioner report to the Committee when she has completed her work.

CHAPTER 2: ACCESS TO HEALTH CARE IN BOTH OFFICIAL LANGUAGES: CURRENT INITIATIVES AND FUTURE PROSPECTS

The issue of health and social services in the language of the minority has become increasingly prominent in the past five years. The official language minority communities have made it a priority and the focal point of their political demands.

On the Francophone side, the decision by the Health Services Restructuring Commission of Ontario to close Montfort Hospital in February 1997, and the ensuing legal battle, have shed light on the problem of health care in French for minority Francophones in Canada. However, that issue had already been a concern for Francophone and Acadian communities for some time. In June 2001, the FCFA coordinated the preparation of an exhaustive study entitled *Pour un meilleur accès à des services de santé en français*²⁷ [Toward Better Access to Health Services in French], which showed that between 50% and 55% of minority Francophones have little or no access to health services in French (see Table 1).

²⁷ FCFA du Canada. *Santé en français — Pour un meilleur accès à des services de santé en français : A study coordinated for the Consultative Committee for French-Speaking Minority Communities*. Ottawa, June 2001. p. viii.

TABLE 1
FRANCOPHONES WITH ACCESS TO HEALTH SERVICES IN FRENCH
BY POINT OF SERVICE
(AS A PERCENTAGE OF THE TOTAL NUMBER OF MINORITY FRANCOPHONES)

ACCESS TO SERVICES IN FRENCH				
Type of institution	None (less than 10% of situations)	Little (between 10% and 30% of situations)	Partial (between 30% and 90% of situations)	Full (more than 90% of situations)
Medical clinics	28.7%	25.5%	19.9%	25.9%
Community health centres	50.6%	3.9%	8.0%	37.1%
Home services	25.2%	24.8%	19.5%	30.5%
Hospitals	33.7%	19.3%	18.5%	28.5%

Source: FCFA du Canada. *Santé en français — Pour un meilleur accès à des services de santé en français: Study coordinated for the Consultative Committee for French-Speaking Minority Communities*, Ottawa, June 2001, p. 25.

In the Quebec Anglophone community, access to health and social services offered in English varies with a number of factors such as demographic weight, economic restrictions and changing government priorities. In the spring of 2000, the Missisquoi Institute conducted a survey of Quebec Anglophones' perceptions of the health and social services obtained in their language. While access to services in the Montreal administrative region was quite high, it was a problem in the regional Anglophone communities. When it appeared before our committee, the Quebec Community Group Network presented a table revealing that, in the regions where Anglophone communities represent less than 2.5% of the regional population, the percentage of health and social services accessible in English is quite low: Lower St. Lawrence (17.9%), Saguenay-Lac-Saint-Jean (16.3%), Quebec City (31.7%), Mauricie (22.8%), Chaudière-Appalaches (43.3%) and Lanaudière (41.1%). (See Table 2.)

The Association representing the Anglophone population of the Gaspé peninsula — the Committee for Anglophone Social Action — numbering some 10,000 or 10% of the population, commented on the results of the Missisquoi Institute Survey before the Committee. Whether prenatal care, palliative care or preventive medicine is involved, "[...] the [Gaspesian] English-speaking community is in crisis in terms of access to health services."²⁸

²⁸ *Evidence*, Standing Committee on Official Languages, Meeting No. 38, 37th Parliament, 2nd Session, 21 October 2003 (1020).

It should be pointed out here that the right to health care and social services in English is recognized in Quebec as the result of amendments in 1986 to the Act respecting health services and social services. Article 15 of this legislation provides that “English-speaking persons are entitled to receive health services and social services in the English language.”²⁹

In 1999, the federal Health Minister, the Honourable Allan Rock, established a consultative committee for french-speaking minority communities (CCFSMC). A year later, a similar committee was organized for English-speaking minority communities (CCESMC). The two committees had the same mandate, to advise the federal Minister of Health on ways to support and assist each of the linguistic minorities in the field of health, in accordance with section 41 of the *Official Languages Act*. Each Committee was composed of individuals working in the field of health with expertise in the area.

²⁹ *Act respecting health services and social services*, R.S.Q., c. S-4.2, article 15.

TABLE 2

Use of English in various health and social service (H&SS) situations

Region	Doctor	CLSC	Info-Santé	Emergency room	Hospital overnight	Public long-term care	English speakers receiving service in English (%)				Private nursing services	Community-based group	Aggregate service in English	Total service situations	% of services delivered in English	Index relative to provincial average	Regional rank	Use of English in H&SS situations, relative to provincial average
							English speakers receiving service in English (%)	Private residence	Private nursing services	Community-based group								
Quebec (province)	86	66	61	73	80	70	72	75	78	5,072	6,727	75.4	1.00	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
01 Bas-Saint-Laurent	26	6	31	28	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	13	72	17.9	0.24	15	very low	very low	very low	very low
02 Saguenay-Lac-Saint-Jean	42	n/a	n/a	8	12	n/a	n/a	n/a	n/a	19	114	16.3	0.22	16	very low	very low	very low	very low
03 Québec	52	21	21	20	27	43	18	n/a	21	59	187	31.7	0.42	13	very low	very low	very low	very low
04 Mauricie-Centre-du-Québec	31	26	13	4	39	19	n/a	62	15	26	116	22.8	0.30	14	very low	very low	very low	very low
05 Estrie	79	72	56	40	63	61	56	89	75	407	630	64.6	0.86	7	low	low	low	low
06 Montréal	93	74	69	83	83	75	73	82	80	1,861	2,255	82.5	1.09	2	high	high	high	high
07 Outaouais	92	68	42	69	74	67	70	69	45	347	473	73.4	0.97	4	average	average	average	average
08 Abitibi-Témiscamingue	54	43	27	59	63	50	82	100	100	119	215	55.6	0.74	10	very low	very low	very low	very low
09 Côte-Nord	76	71	83	65	92	100	86	95	95	237	301	78.8	1.05	3	high	high	high	high
10 Nord-du-Québec	86	84	100	73	87	89	100	89	71	139	167	83.5	1.11	1	high	high	high	high
11 Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	83	70	60	58	60	66	65	82	74	279	402	69.5	0.92	6	low	low	low	low
12 Chaudière-Appalaches	49	46	70	14	44	67	100	n/a	56	34	78	43.3	0.57	11	very low	very low	very low	very low
13 Laval	73	44	55	47	72	89	83	30	64	191	322	59.4	0.79	8	very low	very low	very low	very low
14 Lanaudière	56	16	48	41	38	40	81	72	100	52	126	41.1	0.54	12	very low	very low	very low	very low
15 Laurentides	64	43	43	49	56	52	65	97	67	186	334	55.7	0.74	9	very low	very low	very low	very low
16 Montérégie	75	59	48	78	94	59	82	63	94	674	935	72.1	0.96	5	average	average	average	average

Notes:

- Findings are based on 3,126 survey respondents.
- The index is calculated by comparing the regional result with the provincial average.
- The "high" use of English in health and social services situations in Region 10 is due to the particular organization of services in Cree and Inuit communities of northern Quebec.

Source: CROP and Missisquoi Institute survey on attitudes, experiences and issues for Québec's Anglophone communities, June 2000.

Source: Consultative Committee for English-Speaking Minority Communities, Report to the Federal Minister of Health, July 2002, p. 12.

In its final report,³⁰ the CCFSMC recommended to the federal Minister of Health that **five levers of intervention** be implemented to improve the accessibility of French-language health care services.

- The implementation of community **networking** between representatives of the Francophone community, Francophone health professionals, officials of educational institutions, officials of health institutions, professional associations and political representatives. The networks should be used to establish priorities adapted to each community and ensure that the model put in place is compatible with the health system of the province or territory concerned. Note that Recommendation 28 of the report of the Commission on the Future of Health Care in Canada (Romanow Commission) supported the networking initiative.³¹
- The creation of a **Canada-wide consortium for training** in the health sciences to meet the shortage of professionals capable of serving Francophone communities. This national network of universities and colleges, community partners and community health care facilities would be given a mandate to act on strategies related to the recruitment and training of future health care professionals.
- The introduction of **intake facilities** for the delivery of health care services in French. The solutions adopted to improve access to health care services in French will depend on the specific circumstances in each community. The proposed models for delivering care are designed mainly for primary care, although specialized care is not overlooked.
- Increased use of new **technologies** to strengthen the patient-professional relationship and put an end to the geographic isolation of some communities. Development of the health information highway will make it possible to communicate with service points all over the country quickly and effectively using sound, images and data transmission. The new technologies could also be used to provide medical staff with training.
- Better access to **information** on the health of minority Francophones. It was agreed that it was necessary to gather more reliable information on the question. That would subsequently help in setting more specific targets for future programs and infrastructures as well as health promotion and disease prevention programs.

One year later, the CCESMC came to the same conclusions as the CCFSMC in its report to the federal Minister of Health, the Honourable Anne McLellan. The means of intervention that the Anglophone Committee proposed in its report to improve the accessibility of health care in English are similar in all respects to those put forward by

³⁰ Consultative Committee for French-Speaking Minority Communities. *Report to the Federal Minister of Health*. September 2001, p. 49.

³¹ Recommendation 28 states: "Governments, regional health authorities, health care providers, hospitals and community organizations should work together to identify and respond to the needs of official language minority communities." See Commission on the Future of Health Care in Canada. *Building on Values: The Future of Health Care in Canada*, Final Report, November 2002, p. 154.

the CCFSMC: networking and cooperation, training and human resources development, service delivery models, technology and strategic information.³²

In their respective reports, the two consultative committees agreed to give priority to three of the recommendations: networking, training and primary health care. In the following pages, the reader will be able to see what progress has been made in those areas. Initiatives could also eventually be taken in information (research), although much work remains to be done. The persons responsible for implementing certain levers of intervention appeared before the Committee to discuss progress made, but also the challenges that remain to be met. Their comments are summarized below.

Networking

In their testimony of 27 May 2003, the officials of Société Santé en français presented a complete picture of the situation regarding health care in the minority language. The newly incorporated agency is a major stakeholder on the issue of health care in French outside Quebec. Société Santé en français is composed of delegates representing the five main partners in the health world: health institutions, community organizations devoted to health services, health professionals, training institutions and federal and provincial government representatives. The 17 networks representing all the provinces and territories where Francophones live in the minority are represented in Société Santé en français, which, in a way, constitutes a “national network”. Those provincial and territorial networks are organizations of individuals who represent the aforementioned five main partners. Organizational structures vary from region to region, reflecting varied resources and needs of the various communities. In a number of provinces, the networks were established in conjunction with measures confirming the will of the respective provincial governments to take part in that mechanism for joint action and to more fully recognize the health services needs of its Francophone minority.³³

In 2002-2003, Health Canada³⁴ paid out \$1.9 million to the Société Santé en français, which was used to introduce the networking initiative, to maintain existing networks and conduct feasibility studies to lay the ground work for the networks' introduction and to create the national network to support the various priority initiatives. The Canadian government's Action Plan for Official Languages has consolidated this

³² Consultative Committee for English-Speaking Minority Communities, *Report to the Federal Minister of Health*, July 2002, p. 21.

³³ The Government of Nova Scotia has just created the position of French-language services coordinator in the Department of Health. The Department of Health of Prince Edward Island co-chairs that province's network. Ontario's Ministry of Health and Long-Term Care is considering matching its network of French-language service coordinators with the four networks created in that province. The Government of Newfoundland and Labrador has just announced a financial contribution to the operation of the province's network. In British Columbia, the provincial Ministry of Health and a number of regional boards are taking part in the network's activities. In Manitoba, a working group is attempting to determine the best approach to ensuring official recognition of the Francophone network within the provincial health system. The transition phase has made it possible to lay the ground work for networks in all provinces and territories.

³⁴ *Evidence*, Standing Committee on Official Languages, Meeting No. 24, 37th Parliament, 2nd Session, 28 May 2003 (1540).

action by providing funding in the amount of \$10 million for Francophone networks and \$4 million for Anglophone networks over the next five years.

Primary Care

Primary care is the first level of contact with the health system. It includes visits to the doctor, a call to a health line, promotional, prevention and rehabilitation services often called upon by health service users.

The CCFSMC made primary care a priority from the start of its work. In the health component of the Action Plan for Official Languages, \$30 million has been allocated for 2003-2006 to support this lever of intervention. The funds come from Health Canada's Primary Health Care Transition Fund (PHCTF), a program introduced in 2000. Of PHCTF's total \$800 million budget over five years, \$20 million has been made available to Francophone minorities and \$10 million to Quebec Anglophones, also over five years. We note here that that amount is less than the \$25 million per year that the CCFSMC considered necessary in its September 2001 report to introduce infrastructures in which Francophones would be able to obtain first-line care.

Société Santé en français has already allocated the \$20 million among the provinces and territories to show their members what kind of funding will be available at the provincial and territorial level. It will be up to the networks to establish the kind of projects they want to introduce, in accordance with PHCTF criteria.

However, Société Santé en français is concerned that the PHCTF will expire on 31 March 2006. While the Consortium national de formation en santé will receive funding until 2008 under the Action Plan for Official Languages, the projects put forward by the networks in the area of primary care may not have the necessary financial resources to remain in place if the PHCTF disappears. Access to permanent funding is perhaps the greatest challenge facing the networks in the coming years.

RECOMMENDATION 3

The Committee recommends the Government of Canada ensure that the funds it allocates to the linguistic minorities for primary care by the PHCTF are guaranteed at least until 2008 and permanently thereafter.

RECOMMENDATION 4

The Committee recommends to Health Canada that it submit an annual report on funds granted to minority language communities under the PHCTF so that Parliament and the players concerned may know precisely the level of performance and the amounts spent. The report should also provide a breakdown of the funds accorded by Health Canada for other levers of intervention proposed by the CCFSMC and the CCASMC.

Training

Access to services in the language of the patient is possible only where there is a sufficient number of professionals in the field to provide those services. Prior to 1999, health training programs in French were virtually non-existent. The creation of the National Health Training Centre in 1999 laid the ground work for continuing training in those disciplines outside Quebec. The second phase of that project is called the Consortium national de formation en santé (CNFS). That agency's mission is to implement a network of post-secondary institutions³⁵ in French to support both the training institutions that offer or could offer training in the health field and researchers who can reinforce health research relating in particular to the Francophone minority communities.

Under the Action Plan for Official Languages announced by the Government of Canada last March, CNFS obtained \$63 million for the next five years (2003-2008) and the Quebec Anglophone community \$12 million. The 10 participating institutions of the CNFS have set as their objective to admit approximately 2,500 students in 15 training disciplines where there is a linguistic interaction between patient and professional. A number of challenges lie in the way of achieving that objective: recruiting young Francophones, offering training programs in the regions and keeping new graduates at home. In addition, new graduates entering the labour market will ensure higher quality services in French, but will not meet needs, which according to CNFS officials, are for "three or even four times more professionals in the health field".³⁶ It will be important for CNFS officials to adequately assess results, in order to have an idea of the progress made on training at the end of this second phase. For example, it will be useful for the CNFS and decision-makers to have a fairly accurate idea of the costs involved in training a Francophone professional for various health professions along with indicators of the successful retention of professionals in their home community.

RECOMMENDATION 5

The Committee calls on the CNFS to develop performance indicators on the retention of health professionals in home community and to inform the Committee of those indicators.

Research

Mr. Christian Sylvain, Director, Corporate Policy and Planning, Social Sciences and Humanities Research Council of Canada (SSHRC), admitted that there was a lack

³⁵ Université Sainte-Anne (Nova Scotia), Université de Moncton (New Brunswick), Entente Québec/Nouveau-Brunswick, Collège communautaire du Nouveau-Brunswick (Campbellton), Université d'Ottawa (Ontario), Cité collégiale (Ontario), Université Laurentienne (Ontario), Collège Boréal (Ontario), Collège universitaire de Saint-Boniface (Manitoba), and the Faculté Saint-Jean (Alberta).

³⁶ *Evidence*, Standing Committee on Official Languages, Meeting No. 36, 37th Parliament, 2nd Session, 7 October 2003 (0955).

of research on official languages.³⁷ Grants awarded for projects concerning official languages and linguistic minorities represent a small percentage of SSHRC's total budget, for a number of reasons. It is often more difficult for the smallest Francophone universities and colleges to get involved in major research trends. The teachers of those academic institutions must often devote most of their time to teaching, to the detriment of research. Furthermore, as Professor Anne Gilbert of the University of Ottawa's Centre interdisciplinaire de recherche sur la citoyenneté et les minorités francophones said, researchers who work on linguistic issues produce good research, but do not get the same recognition. Their work focuses more on understanding and solving social problems in the field, a form of action research which is very useful for the immediate community, but does not get the same recognition from funding organizations. To correct the situation, the SSHRC introduced the Community-University Research Alliances program (CURA) in 1999. According to Christian Sylvain of the SSHRC, the small Francophone colleges and universities are quite well-positioned in the first funding rounds of the CURA program.³⁸

In addition, the Canadian government's Action Plan for Official Languages provides for the creation of a new strategic research field on the theme of "citizenship, culture and identity," which will offer funding for studies on linguistic duality and linguistic minorities. We hope that, in the next few years, these various measures will increase the amount of research conducted on linguistic minorities in general and on health related issues in particular.

RECOMMENDATION 6

The Committee recommends that the SSHRC pay particular attention, especially over the next five years, to research projects on health issues specific to the official language minority communities.

RECOMMENDATION 7

The Committee calls on the SSHRC to conduct renewed promotion of its programs to researchers in the official language minority communities.

The Canadian Institutes of Health Research (CIHR) are the main subsidizing body for research in the health field. The CIHR comprise 13 institutes, each operating in a specific field. When they testified before the Committee, the CIHR admitted that they had only just recently begun to take an interest in health care for official language minorities. Contact with the Anglophone and Francophone consultative committees (CCESMC and CCFSMC) is still in the early stages. It should be noted that the CIHR

³⁷ *Evidence, Standing Committee on Official Languages, Meeting No. 34, 37th Parliament, 2nd Session, 30 September 2003 (0930).*

³⁸ *Evidence, Standing Committee on Official Languages, Meeting No. 34, 37th Parliament, 2nd Session, 30 September 2003 (0945).*

are considering supporting one of the 10 members of the Consortium national de formation en santé (CNFS)³⁹ in the coming months.

The Committee doubts the CIHR's seriousness in implementing the Canadian government's official languages programs and its involvement in research on the health of the official language minority communities. The 2002-2003 annual report on official languages submitted to the Treasury Board Secretariat reveals major deficiencies in various areas. For example, at the time this report is written, the position of "Official Languages Champion" has been vacant for six months and has not yet been staffed. And yet this is a strategic position in the federal public service. The champion is responsible for increasing the visibility of the official language program within the federal institutions and for acting as a high-level interlocutor for the official language minority communities.

For all these reasons, we believe that the CIHR must do more. The 13 institutes of the CIHR focus on the specific health priorities for a number of particular Canadian groups, and, based on the testimony before us, the health issues related to the linguistic minorities are simply absent from their strategic planning. An exhaustive study prepared for Health Canada in 2001 states that "specific Canadian research is needed in this area."⁴⁰

The Committee believes that the CIHR should be added to the 29 institutions designated to ensure the implementation of sections 41 and 42 of the *Official Languages Act*. If necessary, it will be called upon to prepare an annual action plan, after first consulting the official language minority communities regarding their needs. In his appearance before our committee, Marc Bisby, Vice-President for research at CIHR, gave his approval to that proposal.⁴¹ Now that health and social services are a priority for the official language minority communities, the Committee is firmly convinced that the CIHR has a preponderant role to play in the field. The dialogue that the Institutes have opened with the linguistic minorities is a good start, but we must ensure that those consultations are held at regular intervals and on an annual basis. The action plans that are developed will enable parliamentarians to ensure the necessary follow-up.

RECOMMENDATION 8

The Committee calls on the CIHR to appoint a new official languages champion as soon as possible and to inform the Appointments Committee.

³⁹ Evidence, Standing Committee on Official Languages, Meeting No. 34, 37th Parliament, 2nd Session, 30 September 2003 (1025).

⁴⁰ Sara Bowen, *Language Barriers in Access to Health Care*, Study prepared for Health Canada, November 2001, p. VIII.

⁴¹ Evidence, Standing Committee on Official Languages, Meeting No. 34, 37th Parliament, 2nd Session, 30 September 2003 (1045).

RECOMMENDATION 9

The Committee recommends that the Government of Canada add the CIHR to the list of federal institutions designated within the accountability framework adopted in August 1994 to ensure the implementation of sections 41 and 42 of Part VII of the *Official Languages Act*.

RECOMMENDATION 10

The Committee recommends that a fourteenth institute be created at the CIHR to explore all issues of health care related to official language minority communities.

New technologies (InfoHealth)

The use of new information and communications technologies (ICT) in the field of health care is often called telehealth or infohealth. The intent of telehealth is to share information among the various health care providers and facilities and to provide health services over short and long distances.⁴² We have not considered this lever of intervention in depth in the context of our work, but recent developments permit us to view its future implementation optimistically. When he testified, the National Coordinator with Intergovernmental Francophone Affairs, Mr. Edmond LaBossier, noted the commitment by ministers of Francophone Affairs to make telehealth a priority. At the recent Ministerial Conference on Francophone Affairs held in Winnipeg in September 2003, the participating ministers adopted an intergovernmental action plan on Francophone affairs in connection with “opportunities for intergovernmental cooperation with respect to regional French-language health lines or a national French-language health line.”⁴³

To conclude this section, the Committee enthusiastically reviewed the various initiatives that have been taken in the past five years. For example, we note networking and the development of the CNFS, which may be cited as genuine models of joint action and team work. Despite the gains made to date, however, it is now necessary to think of the future. The levers of intervention cited above (networking, primary care, training, research and telehealth) will sooner or later have to face the challenges raised by the recurrent funding of these initiatives. The Canadian government's Action Plan for Official Languages has of course provided a promising start toward achieving the recommendations of both consultative committees. However, it should be borne in mind

⁴² The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, *The Health of Canadians — The Federal Role, Volume two — Current Trends and Future Challenges*, January 2002, p. 110.

⁴³ Canadian Intergovernmental Conference Secretariat site, http://www.scics.gc.ca/cinfo03/830802004a_e.html

that the investments under the plan, which are spread over a five-year period, are relatively modest in proportion to Health Canada's overall budget. That is why the Committee believes it is more than ever necessary to make linguistic minority health care one of the issues addressed within the intergovernmental cooperation mechanisms existing between the federal and provincial governments in this sector. We address this question in the next chapter.

CHAPTER 3: INTERGOVERNMENTAL COOPERATION MECHANISMS IN THE HEALTH FIELD

In this chapter, we use the term “intergovernmental cooperation” to mean the sum of all relations instituted between the various levels of government of a federation to achieve common objectives.

Intergovernmental cooperation in official languages is generally recognized as being well-established. In education, since 1970, the federal government has signed bilateral agreements with each of the provincial and territorial governments (departments of education) and provides financial support to cover a portion of the additional costs incurred to provide instruction in the primary language. The Official Languages in Education Program was one of the Laurendeau-Dunton Commission's main recommendations. In addition, through the Department of Canadian Heritage, the Government of Canada also signs federal-provincial agreements on services in the minority language on a multi-year basis with the provincial and territorial governments in key areas for the development and vitality of the official language minority communities: the economy, justice, social services and recreation to name a few.

On September 23, Hilaire Lemoine, Director General, Official Languages Support Programs, at the Department of Canadian Heritage, provided some historical background on the Official Languages in Education Program (OLEP). In the past 30 years, the Program has evolved in accordance with the principles of mutual respect and partnership with the participating governments. Since 1998, the action plan approach including performance indicators has resulted in increased transparency and accountability in the Program's management. Mr. Lemoine closed his presentation by emphasizing that the Program had previously been cited “as a model of federal-provincial cooperation”.⁴⁴

In the course of the work by the Commission on the Future of Health Care in Canada (Romanow Commission), a number of Francophone associations⁴⁵ asked that an intergovernmental health cooperation program be created, similar to what currently exists in the education field. That request was reiterated by Anglophone and Francophone associations that appeared before us. Mr. Gilles Beaulieu, Vice-President of the Régie régionale de Beauséjour, N.B., supported such a proposal:

This idea (creating an OLEP) goes in the same direction as our proposal to dedicate a special fund. Better still, your proposal ensures a framework and a

⁴⁴ *Evidence*, Standing Committee on Official Languages, Meeting No. 32, 37th Parliament, 2nd Session, 23 September 2003 (0930).

⁴⁵ FCFA du Canada, *Brief Presented to the Commission on the Future of Health Care in Canada*, Regina, 4 March 2002.

commitment of the various levels of government to develop health care services in a minority community. For minority language communities, an intergovernmental forum could certainly develop programs in the area of health promotion, disease prevention and training for Francophones in the health sciences. It would also allow for increased use of new technologies such as telemedicine and information technologies, and thus facilitate greater access to health care services for the Francophone population in a minority setting. Such an agreement would also allow health care institutions to maintain their assets and ensure their development.⁴⁶

The Committee believes that OLEP is a practical model which could be drawn on in whole or in part to improve access to health care for linguistic minorities. We believe this proposal deserves careful study by the Government of Canada.

It is important, however, that the fundamental principles of such a program be based on those that have made OLEP a success. First the program will have to be introduced in a manner that respects the provinces' areas of jurisdiction, in accordance with the principles of mutual respect and equal partnership between governments. We would point out that the National Coordinator of Francophone Affairs, Edmond LaBossier, reminded the Committee that the provinces, territories and communities have achieved very different degrees of advancement with regard to health care in the language of the patient; a program of this kind would therefore have to afford all the necessary flexibility to accommodate differences in the field. The second principle that must be respected is constant participation by the official language minority communities at all stages of the process. The networks could play this role by identifying priorities in the field and adding value to program management. Third, the system's transparency and financial accountability will have to be ensured. The idea here is for taxpaying citizens to have an idea of the costs associated with offering health services in the minority language. Fourth, we believe that this kind of program should be administered by Health Canada given its natural expertise in the field. The decision to assign responsibility to that federal institution is consistent with the spirit and letter of section 41 of the *Official Languages Act*. We suggest that a memorandum of understanding be ratified between Health Canada and Canadian Heritage (PHC) along the lines of what already exists between the Treasury Board and PHC. We are referring here to the memorandum of understanding signed in 1997 between the Treasury Board and Heritage Canada for the implementation of section 41. That agreement serves to encourage federal institutions to take the government's commitment to promoting the vitality and development of the official language communities into account in their overall strategic planning and evaluation process.

Thus, as a result of the importance of health for the development and vitality of the linguistic minorities, the Committee on Official Languages believes that the entire issue of access to health care for the official language minorities, including the creation of the intergovernmental cooperation program, will have to be raised within two years in the context of future federal-provincial-territorial conferences of health ministers. Those

⁴⁶ Evidence, Standing Committee on Official Languages, Meeting No. 35, 37th Parliament, 2nd Session, 1 October 2003 (1535).

talks will have to take place before the expiry date of the federal-provincial-territorial agreements on health in 2005-2006. It is time that this fundamental issue was addressed in the fora where the future of the health system is discussed.

RECOMMENDATION 11

The Committee calls on the Government of Canada to have one of the future federal-provincial-territorial conferences of health ministers focus primarily on the question of health care for linguistic minorities.

RECOMMENDATION 12

The Committee recommends that the Government of Canada create an intergovernmental cooperation program in the health field, a program to be managed by Health Canada which will provide financial support to the provincial and territorial governments in providing health care for the linguistic minorities. That program should be based on the following principles: respect for the provinces' areas of jurisdiction, equal partnership, participation of the community health networks and accountability.

Finance Canada, the CHST and the *Official Languages Act*

The Canadian Health and Social Transfer (CHST) is the largest transfer the federal government makes to the provinces and territories. It contributes to the funding of health care, post-secondary education, social assistance and social services in the form of cash payments and transfers of tax points. At the federal-provincial conference held in Toronto in January of this year for the renewal and long-term viability of health care, the prime ministers agreed to create the new Canada Health Transfer (CHT) in April 2004. The CHT, which will replace the CHST, will improve the transparency and accountability of federal aid to the provinces and territories. In all, \$34.8 billion will be flowing into provincial health and social programs over the next five years.⁴⁷

The CHST currently affords the provinces and territories a degree of independence in allocating payments among social programs based on their priorities, while complying with the principles of the *Canada Health Act*: public administration, comprehensiveness, universality, portability and accessibility. Neither the present CHST nor the future CHT entails conditions respecting linguistic duality or the number of Anglophones or Francophones. Instead, the transfer is made in accordance with a complex formula based in part on the number of inhabitants per province, without regard to demo-linguistic statistics.

In addition, Finance Canada explained, when it appeared before our committee, that the CHST is governed by the *Federal-Provincial Fiscal Arrangements Act* and by

⁴⁷ Evidence, Standing Committee on Official Languages, Meeting No. 32, 37th Parliament, 2nd Session, 23 September 2003 (1020).

certain federal accounting regulations. When they appeared, the officials from Finance Canada were unable to confirm that the *Official Languages Act* applied to the CHST (apart from the obligation to make their documents available to the public in English and French). We remind the reader that the commitments stated in section 41 of Part VII of the *Official Languages Act* apply to all federal departments, agencies and Crown corporations.

The Committee believes that the prime ministers' 2003 Health Care Renewal Accord represented a fine opportunity for the Government of Canada to express the health care needs of the official language minority communities to its stakeholders. The Canadian government should give more attention to this issue in its future discussions with the provincial and territorial governments. Future agreements must not remain silent on this matter. For example, the needs of the official language minority communities should have been identified a priority sector in the new Health Reform Fund.⁴⁸ The same applies to the future Health Council, which will be created in the next few months to facilitate co-operation among governments. We recommend that members of the official languages minority communities be represented on it.

RECOMMENDATION 13

In the light of the prime ministers' 2003 Health Care Renewal Accord, in which a fund of \$16 billion was set up to support reform to health care and in which front-line health care, home care and the skyrocketing costs of prescription drugs were targeted specifically, the Committee recommends that the Government of Canada target as well health care in minority language communities in the current agreement and in future ones.

RECOMMENDATION 14

The Committee recommends the Government of Canada ensure the official language minority communities are represented on the Health Council.

Conclusion

A number of initiatives have been put forward in recent years to improve health care for the linguistic minorities. The communities themselves have adopted the issue as their own. In every province, the networks are in place or are being established. The Consortium national de formation en santé is functional and has been turning out graduates in the health science professions for a number of years now. It is also important to refute the myth that it necessarily costs more to provide health care in the language of the patient. We quote here the testimony of the President and CEO of the Montfort Hospital, Mr. Gérald Savoie, who is quite eloquent in this regard.

⁴⁸ This new fund provides for investments of \$16 billion in primary health care, home care and coverage of prescription drugs.

I can tell you that Montfort hospital is the most efficient hospital in Ontario. We are being compared with the other 138 hospitals. We provide services in both languages, namely, in the language chosen by the client. [...] We were able to demonstrate that we are capable of providing all of that at a very affordable price.⁴⁹

However, although considerable progress has been achieved, the situation remains fragile and vulnerable to political change. The Standing Committee on Official Languages wishes to reiterate the importance of stable, long-term commitment by governments to ensure that the initiatives currently in place are sustained. Ideally, access to health care for the linguistic minorities should be protected or reinforced by firm and clear statutory provisions.

⁴⁹ *Evidence*, Standing Committee on Official Languages. Meeting No. 35. 37th Parliament. 2nd Session. 1 October 2003 (1640).

LIST OF RECOMMENDATIONS

CHAPTER 1: THE CONSTITUTIONAL AND LEGAL BASES OF HEALTH CARE IN BOTH OFFICIAL LANGUAGES

RECOMMENDATION 1

The Committee calls on the Commissioner of Official Languages to investigate whether the Government of Canada is complying with the *Official Languages Act* when it is required to provide care directly to certain groups or communities or, again, whether it ensures its obligations are met when it transfers its responsibilities to third parties. We ask the Commissioner to report to the Committee following her investigation.

RECOMMENDATION 2

The Committees calls on the Commissioner of Official Languages to organize a national forum at which legal experts will publicly examine the best options for consolidating the legal bases of health services for linguistic minorities, including the possibility of adding a sixth principle, on linguistic duality, to the *Canada Health Act*. We request the Commissioner report to the Committee when she has completed her work.

CHAPTER 2: ACCESS TO HEALTH CARE IN BOTH OFFICIAL LANGUAGES: CURRENT INITIATIVES AND FUTURE PROSPECTS

RECOMMENDATION 3

The Committee recommends the Government of Canada ensure that the funds it allocates to the linguistic minorities for primary care by the PHCTF are guaranteed at least until 2008 and permanently thereafter.

RECOMMENDATION 4

The Committee recommends to Health Canada that it submit an annual report on funds granted to minority language communities under the PHCTF so that Parliament and the players concerned may know precisely the level of performance and the amounts spent. The report should also provide a breakdown of the funds accorded by Health Canada for other levers of intervention proposed by the CCFSMC and the CCASMC.

RECOMMENDATION 5

The Committee calls on the CNFS to develop performance indicators on the retention of health professionals in home community and to inform the Committee of those indicators.

RECOMMENDATION 6

The Committee recommends that the SSHRC pay particular attention, especially over the next five years, to research projects on health issues specific to the official language minority communities.

RECOMMENDATION 7

The Committee calls on the SSHRC to conduct renewed promotion of its programs to researchers in the official language minority communities.

RECOMMENDATION 8

The Committee calls on the CIHR to appoint a new official languages champion as soon as possible and to inform the Appointments Committee.

RECOMMENDATION 9

The Committee recommends that the Government of Canada add the CIHR to the list of federal institutions designated within the accountability framework adopted in August 1994 to ensure the implementation of sections 41 and 42 of Part VII of the *Official Languages Act*.

RECOMMENDATION 10

The Committee recommends that a fourteenth institute be created at the CIHR to explore all issues of health care related to official language minority communities.

CHAPTER 3: INTERGOVERNMENTAL COOPERATION MECHANISMS IN THE HEALTH FIELD

RECOMMENDATION 11

The Committee calls on the Government of Canada to have one of the future federal-provincial-territorial conferences of health ministers focus primarily on the question of health care for linguistic minorities.

RECOMMENDATION 12

The Committee recommends that the Government of Canada create an intergovernmental cooperation program in the health field, a program to be managed by Health Canada which will provide financial support to the provincial and territorial governments in providing health care for the linguistic minorities. That program should be based on the following principles: respect for the provinces' areas of jurisdiction, equal partnership, participation of the community health networks and accountability.

RECOMMENDATION 13

In the light of the prime ministers' 2003 Health Care Renewal Accord, in which a fund of \$16 billion was set up to support reform to health care and in which front-line health care, home care and the skyrocketing costs of prescription drugs were targeted specifically, the Committee recommends that the Government of Canada target as well health care in minority language communities in the current agreement and in future ones.

RECOMMENDATION 14

The Committee recommends the Government of Canada ensure the official language minority communities are represented on the Health Council.

APPENDIX A LIST OF WITNESSES

Associations and Individuals	Date	Meeting
“Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada” Georges Arès, President Diane Côté, Liaison Officer	27/05/2003	23
“Société Santé en français” Hubert Gauthier, President Armand Boudreau, Director general		
Department of Health Marcel Nouvet, Assistant Deputy Minister, Information, Analysis and Connectivity Branch Gigi Mandy, Director, Intergovernmental Affairs Directorate, Health Policy and Communications Branch	28/05/2003	24
Quebec Community Groups Network James Carter, Coordinator, Community Health and Social Services Network Sara Saber Freedman, Researcher, Missisquoi Institute	11/06/2003	28
“Fédération des associations de juristes d'expression française de common law” Tory Colvin, President Rénaud Rémillard, Executive Director	16/09/2003	30
University of Moncton Pierre Foucher, Law professor		
University of Ottawa Martha Jackman, Titular Professor, Faculty of Law		
University of Ottawa André Braën, Law Professor	17/09/2003	31
Department of Canadian Heritage Hélène Cormier, Director, Policy, Official Languages Support Programs Hilaire Lemoine, Director General, Official Languages Support Programs	23/09/2003	32

Associations and Individuals	Date	Meeting
Department of Finance Glenn R. Campbell, Chief, CHST and Policy Development Federal-Provincial Relations and Social Policy Branch Krista Campbell, Senior Policy Analyst, CHST and Policy Development, Federal-Provincial Relations and Social Policy Branch Martine Lajoie, Senior Policy Analyst, CHST and Policy Development, Federal-Provincial Relations and Social Policy Branch	23/09/2003	32
Canadian Institutes of Health Research Mark Bisby, Vice-President, Research Michèle O'Rourke, Strategic Initiatives Associate, Institute of Health Services and Public Research	30/09/2003	34
Social Sciences and Humanities Research Council of Canada Anne Gilbert, Professor, Department of Geography, University of Ottawa; Research Director, Interdisciplinary Research Center on Citizenship and Minorities Christian Sylvain, Director, Corporate Policy and Planning		
Montfort Hospital Gérald Savoie, President and CEO	01/10/2003	35
“Régie régionale de la santé Beauséjour” Gilles Beaulieu, Vice-President, Operation and Planning		
“Consortium national de formation en santé” Pierre Gaudet, Director General François Houle, Assistant Vice-Rector Academic, University of Ottawa	07/10/2003	36
Office of the Commissioner of Official Languages Dyane Adam, Commissioner Gérard Finn, Advisor to the Commissioner Johane Tremblay, Director, Legal Services Branch Guy Renaud, Director General, Policy and Communications Branch Michel Robichaud, Director General, Investigations Branch	08/10/2003	37
Committee for Anglophone Social Action Kim Harrison, Executive Director Stella Kennedy, Board Director, Health and Social Services, Social Worker, “Centre Jeunesse Gaspésie-Les Îles”	21/10/2003	38
Intergovernmental Francophone Affairs (Provinces and Territories of Canada) Edmond LaBossière, National Coordinator		

APPENDIX B

LIST OF BRIEFS

“Assemblée des aînées et aînés francophones du Canada”

“Chambre économique de l’Ontario”

Committee for Anglophone Social Action

“Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada”

“Fédération Franco-TéNOise”

“Fédération nationale des femmes canadiennes-françaises”

French Language Health Services Network of Eastern Ontario

Victor Goldbloom

Marjorie Goodfellow

Quebec Community Groups Network

“Réseau fransaskois santé en français”

“Société des Acadiens et Acadiennes du Nouveau-Brunswick”

APPENDIX C

LETTER TO THE CHAIR FROM THE MINISTERS OF HEALTH AND INTERGOVERNMENTAL AFFAIRS

Mr. Mauril Bélanger, Chair
Standing Committee on Official Languages
Room 835, Confederation Building
House of Commons
Ottawa, ON K1A 0A6

Dear Mr. Bélanger,

This letter is in relation to the study being undertaken by the Standing Committee on Official Languages further to the motion adopted by the House of Commons to have the Committee study the subject matter of Bill C-202.

In undertaking such a study, it would be useful for the Committee to hear from the minority official language communities from across the country as well as from provincial and territorial authorities most affected.

Health care has emerged as a particular priority for minority language communities. This Government has demonstrated its commitment to meeting the challenges these communities face by the announced investment of \$119 million over five years in the community health sector. To further these efforts, it would be helpful for the Committee to explore alternative mechanisms to foster improved access to health care for these communities.

We will follow with interest the work of the Committee and look forward to receiving its findings and recommendations.

Yours truly,

Original signed by:
A. Anne McLellan
Minister of Health

Original signed by:
Stéphane Dion
Minister of Intergovernmental Affairs

REQUEST FOR GOVERNMENT RESPONSE

Pursuant to Standing Order 109, the Committee requests the government to table a comprehensive response to this report.

A copy of the relevant Minutes of Proceedings, (*Meetings Nos. 23, 24, 28, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 37, 38 and 39 which includes this report*) is tabled.

Respectfully submitted,

Mauril Bélanger, M.P.
Chair

SUPPLEMENTARY OPINION TO THE REPORT OF THE STANDING COMMITTEE ON OFFICIAL LANGUAGES BY THE BLOC QUÉBÉCOIS

The Bloc Québécois deems it appropriate to append a supplementary opinion to this report in order to clarify some of the positions proposed therein. The Bloc is pleased to have been a committed participant in the meetings of the Committee and to have contributed to the debates held there. The recommendations overall are in keeping with what the Bloc Québécois considers should be the spirit of this report, more specifically, as regards respect for provincial jurisdictions. The Bloc does, however, consider it appropriate to make the following points.

Creation of a 14th institute of health research

RECOMMENDATION 10

The Committee recommends that a fourteenth institute be created at the CIHR to explore all issues of health care related to official language minority communities.

The Bloc Québécois usually opposes the existence of the Canadian Institutes of Health Research (CIHR), because they are an obvious example of encroachment in an area under Quebec's jurisdiction. Their existence must, nevertheless, be acknowledged. We can recognize a certain importance and validity to the creation of a fourteenth CIHR Institute, which would focus more on access by francophone minorities outside Quebec to health care in their language.

Although the Bloc Québécois continues to oppose the objectives promoted by the Government of Canada through the CIHRs, we recognize the importance of francophone minorities outside Quebec having access to health care in their own language.

“National” Health Council

RECOMMENDATION 14

The Committee recommends the Government of Canada ensure the official language minority communities are represented on the Health Council.

As indicated by the Government of Quebec in September 2003, Quebec will not be involved in the creation of the National Health Council and will not sit on it, since an agency with a similar mandate exists already in Quebec: the Conseil du bien-être et de la

santé, and the Government of Canada's creation of a "national" council is blatant encroachment in a field of jurisdiction of Quebec and the provinces.

The Bloc Québécois is pleased at recommendation 14, because it permits francophone minorities outside Quebec to be fairly represented on the future council. The Bloc Québécois recognizes as well the importance the Committee wishes to attach to respect for the official languages in this context.

Finally, the Bloc Québécois supports the Government of Quebec's intention to share information and work with the federal government's health council. The Bloc Québécois continues, however, to oppose any participation by Quebec in the council created by Ottawa.

In conclusion, the Bloc Québécois would like to point out the importance of the evidence given before the Committee in recent weeks to the members of the Committee.

Benoît Sauvageau
MP for Repentigny
Bloc Québécois critic
for official languages and Canadian and
international Francophonies

MINUTES OF PROCEEDINGS

Wednesday, October 29, 2003
(Meeting No. 39)

The Standing Committee on Official Languages met *in camera* at 4:03 p.m. this day, in Room 112-N Centre Block, the Chair, Mauril Bélanger, presiding.

Members of the Committee present: Carole-Marie Allard, Mark Assad, Mauril Bélanger, Eugène Bellemare, John Bryden, Yvon Godin, Benoît Sauvageau, Raymond Simard and Yolande Thibeault.

In attendance: Library of Parliament: Marion Ménard, Analyst.

The Committee commenced consideration of a draft report concerning its study on the subject matter of Bill C-202 and on access to health care in both official languages.

It was agreed, — That the draft report, as amended, be adopted as the Ninth Report of the Committee.

It was agreed, — That the report be entitled: *Access to Health Care for the Official Language Minority Communities: Legal Bases, Current Initiatives and Future Prospects*.

It was agreed, — That the Committee append to its report dissenting or supplementary opinions from the opposition parties provided that they are no more than two pages in length and submitted electronically to the Clerk of the Committee, no later than 12:00 p.m., on October 30, 2003.

It was agreed, — That the Chair, Clerk and researchers be authorized to make such grammatical, translation and editorial changes as may be necessary without changing the substance of the report.

It was agreed, — That, pursuant to Standing Order 109, the Committee request that the government table a comprehensive response to the report.

It was agreed, — That, in addition to the 550 copies printed by the House, the Committee print 450 additional copies of the report on *Access to Health Care for the Official Language Minority Communities: Legal Bases, Current Initiatives and Future Prospects* with a special cover.

It was agreed, — That the Chair present the report to the House.

It was agreed, — That the work of the Committee be communicated to the public by a news release.

At 4:52 p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Marc-Olivier Girard
Clerk of the Committee

Il est convenu. — Que le président présente le rapport à la Chambre.
Il est convenu, — Que le public soit informé du travail du Comité par voie de communiqué de presse.
À 16 h 52, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

Le greffier du comité

Marc-Olivier Girard

PROCES-VERBAL

Le mercredi 29 octobre 2003
(Séance n° 39)

Le Comité permanent des langues officielles se réunit aujourd'hui à huis clos à 16 h 03, dans la pièce 112-N de l'édifice du Centre, sous la présidence de Mauril Bélanger (président).

Membres du Comité présents : Carole-Marie Allard, Mark Assad, Mauril Bélanger, Eugène Bellemare, John Bryden, Yvon Godin, Benoît Sauvageau, Raymond Simard et Yolande Thibeault.

Aussi présent : Bibliothèque du Parlement : Marion Ménard, analyste.

Le Comité entreprend l'étude d'une ébauche de rapport concernant son étude de l'objet du projet de loi C-202 et de la question des soins de santé dans les deux langues officielles.

Il est convenu, — Que l'ébauche du rapport modifiée soit adoptée comme étant le neuvième rapport du Comité.

Il est convenu, — Que le rapport soit intitulé : *L'accès aux soins de santé pour les communautés minoritaires de langue officielle : fondements juridiques, initiatives actuelles et perspective d'avenir*.

Il est convenu, — Que le Comité annexe à son rapport les opinions dissidentes ou complémentaires des partis d'opposition, à condition qu'elles ne dépassent pas deux pages et soient remises en version électronique au greffier du Comité, au plus tard à midi, le 30 octobre 2003.

Il est convenu, — Que, dans la mesure où cela ne modifie pas le contenu du rapport, le président, le greffier et les attachés de recherche soient autorisés à apporter au rapport les modifications jugées nécessaires (erreurs de grammaire, de traduction et de style).

Il est convenu, — Que, conformément à l'article 109 du Règlement, le Comité demande au gouvernement de déposer une réponse globale au rapport.

Il est convenu, — Qu'en plus des 550 exemplaires imprimés aux frais de la Chambre, le Comité fasse imprimer 450 exemplaires additionnels du rapport *L'accès aux soins de santé pour les communautés minoritaires de langue officielle : fondements juridiques, initiatives actuelles et perspective d'avenir* avec couverture spéciale.

Tel que précisé par le gouvernement du Québec au mois de septembre 2003, le Québec ne participera pas à la création du Conseil de la santé et ne siègera pas au Conseil puisque non seulement le Québec dispose déjà d'un organisme dont le mandat est similaire à ce Conseil, soit le Conseil du bien-être et de la santé, mais la création d'un Conseil « national » de la santé par le gouvernement fédéral est un empiètement manifeste dans un champ de compétence du Québec et des provinces.

Le Bloc Québécois peut se réjouir de la recommandation 14 puisqu'elle permet aux minorités francophones hors Québec de bénéficier d'une représentation juste au sein du futur Conseil. Le Bloc Québécois reconnaît aussi l'importance que veut donner le Comité au respect des langues officielles dans ce contexte.

Enfin, le Bloc Québécois appuie le gouvernement du Québec dans son intention d'échanger de l'information et de collaborer avec le Conseil de la santé du gouvernement fédéral. Le Bloc Québécois persiste toutefois à s'opposer à toute participation du Québec au Conseil créé par Ottawa.

En terminant, Le Bloc Québécois tient à souligner à quel point les témoignages présentés au Comité durant les dernières semaines ont été précieux pour les membres du Comité.

Benoît Sauvageau
Député de Repentigny
Porte-parole du Bloc Québécois
en matière de Langues officielles et de
Francophonies canadienne et internationale

OPINION COMPLÉMENTAIRE DU BLOC QUÉBÉCOIS AU RAPPORT DU COMITÉ PERMANENT SUR LES LANGUES OFFICIELLES

Le Bloc Québécois trouve approprié de joindre à ce rapport une opinion complémentaire pour éclaircir certaines des positions qui y sont proposées. Le Bloc Québécois est heureux d'avoir participé avec assiduité aux réunions du Comité et contribué aux débats qui y ont eu cours. L'ensemble des recommandations est conforme à l'esprit que souhaite donner le Bloc Québécois à ce rapport, plus particulièrement au niveau du respect des champs de compétences des provinces. Par contre, il nous apparaît utile d'apporter les précisions suivantes.

Création d'un 14^e Institut de recherche en santé

RECOMMANDATION 10

Le Comité recommande la création d'un quatorzième institut à l'IRSC qui s'intéresserait à toutes les questions de santé reliées aux communautés minoritaires de langue officielle.

Le Bloc Québécois est traditionnellement contre l'existence des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) puisqu'ils sont un exemple évident d'empiètement dans un champ de compétence du Québec. Malgré tout, force est d'admettre l'existence de ceux-ci. Nous sommes en mesure de reconnaître une certaine importance et validité à la création d'un quatorzième institut à l'IRSC qui aurait pour objectif de se pencher davantage sur l'accès des minorités francophones hors Québec à des soins de santé dans leur langue.

Bien que le Bloc Québécois demeure opposé aux objectifs promus par le gouvernement du Canada par l'entremise des IRSC, nous consentons à l'importance de l'accès pour les minorités francophones hors Québec aux soins de santé dans leur propre langue.

Conseil « national » de la santé

RECOMMANDATION 14

Le Comité recommande au gouvernement du Canada de s'assurer que les communautés minoritaires de langue officielle soient représentées au sein du Conseil de la santé.

DEMANDE DE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT

Conformément à l'article 109 du Règlement, le Comité prie le gouvernement de déposer une réponse globale à ce rapport.

Un exemplaire des procès-verbaux pertinents, (séance n°s 23, 24, 28, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 37, 38 et 39 incluant le présent rapport) est déposé.

Respectueusement soumis,

Le président

Mauril Bélanger, député

ANNEXE C

LETTRE AU PRÉSIDENT DE LA PART DES MINISTRES DE LA SANTÉ ET DES AFFAIRES INTERGOUVERNEMENTALES

Monsieur Mauril Bélanger, président
Comité permanent des langues officielles
Pièce 835, Édifice de la Confédération
Chambre des communes
Ottawa, ON K1A 0A6

Monsieur,

La présente a trait à l'étude que le Comité permanent des langues officielles entreprend à la suite de la motion adoptée par la Chambre des communes pour que le Comité permanent étudie l'objet du projet de loi C-202.

Dans la réalisation d'une telle étude, il serait utile que le Comité permanent entende les communautés de langue officielle en situation minoritaire des diverses parties du pays ainsi que les autorités provinciales ou territoriales les plus concernées.

Les soins de santé se sont révélés une priorité particulière pour les communautés de langue officielle en situation minoritaire. Notre gouvernement a démontré sa détermination à répondre aux défis que ces communautés connaissent en annonçant des investissements de 119 millions de dollars dans le secteur de la santé communautaire au cours d'une période de cinq ans. Afin d'appuyer les efforts du gouvernement, il serait utile que le Comité permanent explore d'autres mécanismes pouvant favoriser un meilleur accès à des soins de santé pour les communautés en question.

Nous suivrons avec intérêt le travail du Comité permanent et nous avons hâte de connaître ses observations et ses recommandations.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur, nos respectueuses salutations.

L'original est signé par :
A. Anne McLellan
Ministre de la Santé

L'original est signé par :
Stéphane Dion
Ministre des Affaires Intergouvernementales

ANNEXE B

LISTE DES MÉMOIRES

Assemblée des aînées et aînés francophones du Canada

Chambre économique de l'Ontario

« Committee for Anglophone Social Action »

Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada

Fédération Franco-TéNOise

Fédération nationale des femmes canadiennes-françaises

Victor Goldbloom

Marjorie Goodfellow

« Quebec Community Groups Network »

Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario

Réseau fransaskois santé en français

Société des Acadiens et Acadiennes du Nouveau-Brunswick

Associations et particuliers	Date	Réunion
------------------------------	------	---------

32

23/09/2003

Ministère du Patrimoine canadien

Hélène Cormier, directrice, Politiques, Programmes d'appui aux langues officielles
Hiltaire Lemoine, directeur général, Programmes d'appui aux langues officielles

34

30/09/2003

Conseil de recherches en sciences humaines du Canada

Anne Gilbert, professeure titulaire, Département de géographie, Université d'Ottawa; directrice de recherche, Francophone et minorités, Centre interdisciplinaire de recherche sur la citoyenneté et les minorités
Christian Sylvain, directeur, Politiques et planification

Instituts de recherche en santé du Canada

Mark Bisby, vice-président, Recherche
Michèle O'Rourke, associée initiatives stratégiques, Institut des services et des politiques de la santé

35

01/10/2003

Hôpital Montfort

Gérald Savoie, président et directeur général

Régie régionale de la santé Beauséjour

Gilles Beaulieu, vice-président, Planification et opérations

36

07/10/2003

Consortium national de formation en santé

Pierre Gaudet, directeur général
François Houle, vice-recteur adjoint aux études, Université d'Ottawa

Commissariat aux langues officielles

Dyane Adam, commissaire

37

08/10/2003

Gérard Finn, conseiller auprès de la Commissaire
Johane Tremblay, directrice, Direction des services juridiques
Guy Renaud, directeur général, Direction générale des politiques et des communications
Michel Robichaud, Directeur général, Direction générale des enquêtes

Affaires francophones intergouvernementales (Provinces et Territoires du Canada)

Edmond Labossière, coordonnateur national

« Committee for Anglophones Social Action »

Kim Harrison, directrice exécutive
Stella Kennedy, directrice, Conseil d'administration « Health and Social Services, Social Worker », Centre Jeunesse Gaspésie-Les Îles

38

21/10/2003

ANNEXE A

LISTE DES TÉMOINS

Associations et particuliers	Date	Réunion
------------------------------	------	---------

Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada 27/05/2003 23

Georges Arès, président
Diane Côté, agente de liaison

Société Santé en français
Hubert Gauthier, président

Armand Boudreau, directeur général

Ministère de la Santé

Marcel Nouvet, sous-ministre adjoint, Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité

Gigi Mandy, directrice, Division de la *Loi canadienne sur la santé*, Direction générale de la politique de la Santé et des Communications

« Quebec Community Groups Network »

James Carter, coordonnateur, Réseau communautaire de santé et de services sociaux

Sara Saber Freedman, attachée de recherche, « Missisquoi Institute »

Fédération des associations de juristes d'expression française de common law

Tory Colvin, président

Rénald Rémillard, directeur général

Université de Moncton

Pierre Foucher, professeur de droit

Université d'Ottawa

Martha Jackman, professeure titulaire, Faculté de droit

Université d'Ottawa

André Braën, professeur de droit

Ministère des Finances

Glenn R. Campbell, chef, TCSPS et Elaboration des politiques, Direction des relations fédérales-provinciales et de la politique sociale

Krista Campbell, analyste de politique principale, TCSPS et

Elaboration des politiques, Direction des relations

fédérales-provinciales et de la politique sociale

Martine Lajoie, analyste de politique principale, TCSPS et

Elaboration des politiques, Direction des relations

fédérales-provinciales et de la politique sociale

RECOMMANDATION 11

Le Comité demande au gouvernement du Canada que l'une des prochaines conférences fédérales-provinciales-territoriales des ministres de la santé porte principalement sur la question des soins de santé aux minorités linguistiques.

RECOMMANDATION 12

Le Comité recommande au gouvernement du Canada de créer un programme de coopération intergouvernementale dans le domaine de la santé, géré par Santé Canada, qui viendrait appuyer financièrement les gouvernements provinciaux et territoriaux dans la prestation des soins de santé pour les minorités linguistiques. Ce programme devrait reposer sur les principes suivants : le respect des champs de compétence des provinces, le partenariat égal, la participation des réseaux communautaires de santé et l'imputabilité.

RECOMMANDATION 13

À la lumière de l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé, où un fonds de 16 milliards de dollars a été créé pour appuyer la réforme des soins de santé, et où on a ciblé spécifiquement la réforme des soins de première ligne, les soins à domicile et les coûts sans cesse croissants des médicaments d'ordonnance, le Comité recommande au gouvernement du Canada de cibler également les soins de santé aux communautés minoritaires de langue officielle à l'intérieur de la présente entente et des ententes à venir.

RECOMMANDATION 14

Le Comité recommande au gouvernement du Canada de s'assurer que les communautés minoritaires de langue officielle soient représentées au sein du Conseil de la santé.

RECOMMANDATION 5

Le Comité demande au CNFS d'élaborer des indicateurs de rendement sur la rétention des professionnels de la santé dans leur milieu d'origine et de partager ces indicateurs avec le Comité.

RECOMMANDATION 6

Le Comité recommande que le CRSH accorde une attention particulière, surtout pour les cinq prochaines années, aux projets de recherche sur les questions de santé propres aux communautés minoritaires de langue officielle.

RECOMMANDATION 7

Le Comité demande au CRSH de faire une promotion renouvelée de ses programmes auprès des chercheurs des communautés minoritaires de langue officielle.

RECOMMANDATION 8

Le Comité demande à l'IRSC de nommer dans les plus brefs délais un nouveau champion des langues officielles et d'informer le Comité de la nomination.

RECOMMANDATION 9

Le Comité recommande au gouvernement du Canada d'ajouter l'IRSC à la liste des institutions fédérales désignées dans le cadre de responsabilisation adopté en août 1994 en vue d'assurer la mise en œuvre des articles 41 et 42 de la partie VII de la *Loi sur les langues officielles*.

RECOMMANDATION 10

Le Comité recommande la création d'un quatorzième institut à l'IRSC qui s'intéresserait à toutes les questions de santé reliées aux communautés minoritaires de langue officielle.

LISTE DES RECOMMANDATIONS

CHAPITRE 1 : LES FONDEMENTS CONSTITUTIONNELS ET JURIDIQUES À DES SOINS DE SANTÉ DANS LES DEUX LANGUES OFFICIELLES

RECOMMANDATION 1

Le Comité demande à la commissaire aux langues officielles de faire enquête pour vérifier si le gouvernement du Canada respecte la *Loi sur les langues officielles* lorsqu'il doit assurer directement des soins à certains groupes ou collectivités ou encore, qu'il s'assure que ses obligations soient rencontrées lorsqu'il transfère ses responsabilités à des tierces parties. Nous demandons à la commissaire de faire rapport au Comité à la suite de ses travaux.

RECOMMANDATION 2

Le Comité demande à la commissaire aux langues officielles d'organiser la tenue d'un forum national de réflexion où des experts juridiques se pencheront publiquement sur les meilleures options pour renforcer les assises juridiques des services de santé aux minorités linguistiques, y compris la possibilité d'ajouter un sixième principe sur la dualité linguistique à la *Loi canadienne sur la santé*. Nous demandons à la commissaire de faire rapport au Comité à la suite de ses travaux.

CHAPITRE 2 : L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ DANS LES DEUX LANGUES OFFICIELLES : INITIATIVES ACTUELLES ET PERSPECTIVES D'AVENIR

RECOMMANDATION 3

Le Comité recommande au gouvernement du Canada de s'assurer que les fonds qu'il attribue aux minorités linguistiques pour les soins primaires par le FASSP soient assurés au moins jusqu'en 2008, et par la suite de façon permanente.

RECOMMANDATION 4

Le Comité recommande à Santé Canada de soumettre un rapport annuel sur les fonds octroyés aux communautés minoritaires de langue officielle dans le cadre du FASSP de façon à ce que le Parlement et les acteurs concernés puissent avoir une idée précise du rendement et des sommes dépensées. Ce rapport devra également offrir une ventilation des fonds accordés par Santé Canada pour les autres leviers d'intervention proposés par le CCCFSM et le CCCASM.

Malgré ces progrès considérables réalisés, la situation demeure fragile et vulnérable aux changements politiques. Le Comité permanent des langues officielles réitère l'importance d'un engagement stable et à long terme des gouvernements pour assurer la pérennité des initiatives actuellement en place. Idéalement, l'accès aux soins de santé pour les minorités linguistiques gagnerait à être protégé ou renforcé par des dispositions législatives claires et solides.

RECOMMANDATION 13

À la lumière de l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé, où un fonds de 16 milliards de dollars a été créé pour appuyer la réforme des soins de santé, et où on a ciblé spécifiquement la réforme des soins de première ligne, les soins à domicile et les coûts sans cesse croissants des médicaments d'ordonnance, le Comité recommande au gouvernement du Canada de cibler également les soins de santé aux communautés minoritaires de langue officielle à l'intérieur de la présente entente et des ententes à venir.

RECOMMANDATION 14

Le Comité recommande au gouvernement du Canada de s'assurer que les communautés minoritaires de langue officielle soient représentées au sein du Conseil de la santé.

Conclusion

Plusieurs initiatives ont été mises de l'avant dans les dernières années pour améliorer les soins de santé aux minorités linguistiques. Il y a eu une appropriation du dossier par les communautés elles-mêmes. Les réseaux sont en place dans chaque province ou sont en voie de l'être. Le Consortium national de formation en santé est fonctionnel et produit depuis quelques années des diplômés dans les professions en sciences de la santé. Aussi, il est important de réfuter le mythe qu'il en coûte nécessairement plus cher d'offrir des soins de santé dans la langue officielle du patient. Nous citons ici le témoignage du président-directeur général de l'hôpital Montfort, M. Gérard Savoie, qui est fort révélateur à ce sujet :

Je peux vous dire que l'Hôpital Montfort est l'hôpital le plus efficace de la province ontarienne. Alors, on se compare avec les 138 autres hôpitaux. On offre les services dans les deux langues, c'est-à-dire dans la langue au choix du client etc. [...] Nous avons pu démontrer que nous étions capable de l'offrir à un prix très très modique⁴⁹.

⁴⁹ *Témoignages*, Comité permanent des langues officielles, réunion n° 35, 37^e législature, 2^e session, 1 octobre 2003, (1640).

premiers ministres se sont entendus pour créer le nouveau Transfert canadien en matière de santé (TCS) en avril 2004. Le TCS, qui remplacera le TCSPS, améliorera la transparence et l'imputabilité de l'aide fédérale aux provinces et aux territoires. En tout, 34,8 milliards de dollars alimenteront les régimes provinciaux en matière de santé et de programmes sociaux au cours des cinq prochaines années⁴⁷.

Actuellement, le TCSPS confère aux provinces et aux territoires une certaine autonomie pour répartir les paiements entre les programmes sociaux conformément à leurs priorités, tout en respectant les principes de la *Loi canadienne sur la santé* : la gestion publique, l'intégrité, l'universalité, la transférabilité et l'accessibilité. Ni l'actuel TCSPS ni le futur TCS ne comporte de conditions liées à la dualité linguistique ou au nombre de francophones ou d'anglophones. Le transfert se fait plutôt selon une formule complexe en partie basée sur le nombre d'habitants par province, sans égard aux statistiques démographiques.

Par ailleurs, Finances Canada a expliqué lors de sa comparution devant notre comité que le TCSPS est régi par la *Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces*, ainsi que par certains règlements de comptabilité fédéraux. Au moment de leur comparution, les fonctionnaires de Finances Canada n'étaient pas en mesure de nous confirmer que la *Loi sur les langues officielles* s'appliquait au TCSPS (hormis l'obligation de rendre leurs documents disponibles au public en anglais et en français). Nous rappelons au lecteur que les engagements énoncés dans l'article 41 de la partie VII de la *Loi sur les langues officielles* s'appliquent à tous les ministères, organismes et sociétés d'État fédéraux.

Le Comité croit que l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé représentait une belle occasion pour le gouvernement du Canada de faire connaître à ses interlocuteurs les besoins des communautés minoritaires de langue officielle en matière de soins de santé. Le gouvernement du Canada devrait accorder plus d'attention à cet enjeu dans ses discussions futures avec les gouvernements provinciaux et territoriaux. Les accords à venir ne doivent plus rester muets sur cet aspect. Par exemple, les besoins des communautés minoritaires de langue officielle auraient pu être identifiés comme un secteur prioritaire dans le nouveau Fonds pour la réforme de la santé⁴⁸. Il en va de même du futur conseil de la santé qui sera créé dans les prochains mois pour faciliter la coopération entre les gouvernements. Nous recommandons que les communautés minoritaires de langue officielle y soient représentées.

47. *Témoignages*. Comité permanent des langues officielles. réunion n° 32, 37^e législature, 2^e session, 23 septembre 2003, (1020).
48. Ce nouveau Fonds prévoit des investissements de 16 milliards de dollars pour les soins primaires, les soins à domicile et la couverture des médicaments d'ordonnance.

ce qui existe déjà entre le Conseil du Trésor et PCH. Nous faisons référence ici au Patrimoine canadien en vue de la mise en œuvre de l'article 41. Cette entente sert à encourager les institutions fédérales à tenir compte, dans leur processus global de planification stratégique et d'évaluation, de l'engagement du gouvernement envers l'épanouissement des minorités linguistiques et le développement de langue officielle.

Aussi, de par l'importance du dossier de la santé pour le développement et l'épanouissement des minorités linguistiques, le Comité des langues officielles estime que toute la question de l'accessibilité à des soins de santé pour les communautés minoritaires de langue officielle, y compris la création du programme de coopération intergouvernementale, devra être soulevée d'ici deux ans dans le cadre des prochaines conférences fédérales-provinciales-territoriales des ministres de la Santé. Ces discussions devront avoir lieu avant la date d'échéance des ententes fédérales-provinciales-territoriales sur la santé en 2005-2006. Il est temps que cet enjeu fondamental s'inscrive à l'intérieur des grands forums où se discute l'avenir du système de santé.

RECOMMANDATION 11

Le Comité demande au gouvernement du Canada que l'une des prochaines conférences fédérales-provinciales-territoriales des ministres de la santé porte principalement sur la question des soins de santé aux minorités linguistiques.

RECOMMANDATION 12

Le Comité recommande au gouvernement du Canada de créer un programme de coopération intergouvernementale dans le domaine de la santé, géré par Santé Canada, qui viendrait appuyer financièrement les gouvernements provinciaux et territoriaux dans la prestation des soins de santé pour les minorités linguistiques. Ce programme devrait reposer sur les principes suivants : le respect des champs de compétence des provinces, le partenariat égal, la participation des réseaux communautaires de santé et l'imputabilité.

Finances Canada, le TCSPS et la Loi sur les langues officielles

Le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) est le plus important transfert fédéral aux provinces et aux territoires. Il contribue au financement des soins de santé, de l'enseignement postsecondaire, ainsi que de l'aide sociale et des services sociaux, sous forme de versements en espèces et de transferts de points d'impôt. Lors de la conférence fédérale-provinciale pour le renouvellement et la viabilité à long terme des soins de santé qui s'est tenue à Toronto en janvier 2003, les

domaine de l'éducation. Cette demande a été réitérée par des associations anglophones et francophones qui ont comparu dans le cadre de nos travaux. Le vice-président de la Régie régionale de Beauséjour (Nouveau-Brunswick), M. Gilles Beaulieu, est venu appuyer une telle proposition :

Cette idée (la création d'un PLOS) va certainement dans le même sens que notre demande pour la création d'un fonds dédié aux services de santé en milieu minoritaire. Mieux encore, cette idée assure un encadrement et un engagement des divers ordres du gouvernement dans le développement des services de santé en milieu minoritaire. Une entente intergouvernementale favoriserait, pour les communautés minoritaires, le développement de secteurs en émergence telles la promotion de la santé, la prévention des maladies, la formation de francophones dans les sciences de la santé. Elle permettrait d'accroître l'utilisation des nouvelles technologies, comme la télémédecine et les technologies de l'information, afin de favoriser l'accès des francophones à des services de santé en milieu minoritaire. Une telle entente devrait aussi permettre aux institutions de conserver leurs acquis, assurer le rattrapage et appuyer leur développement auprès des communautés cibles⁴⁶.

Le Comité considère que le PLOE constitue un modèle pratique dont il serait possible de s'inspirer, en tout ou en parties, afin d'améliorer l'accès aux soins de santé pour les minorités linguistiques. Nous croyons que cette proposition mérite d'être étudiée attentivement par le gouvernement du Canada.

Toutefois, il est important que les principes de base d'un tel programme soient inspirés de ceux qui ont fait le succès du PLOE. Premièrement, l'instauration d'un tel programme devra se faire en respectant les champs de compétence des provinces; en accord avec les principes de respect mutuel et de partenariat égal entre les gouvernements. Soulignons que le coordonnateur national des Affaires francophones, Edmond LaBossière, a rappelé au Comité que les territoires et les communautés sont rendus à des degrés d'avancement fort différents en matière de soins de santé dans la langue du patient; un programme de la sorte devrait donc offrir toute la souplesse et la flexibilité nécessaires pour accommoder les différences sur le terrain. Le deuxième principe à respecter, c'est la participation constante des communautés minoritaires de langue officielle à toutes les étapes du processus. Les réseaux pourraient jouer ce rôle en identifiant les priorités sur le terrain et en apportant une valeur ajoutée à la gestion du programme. Troisièmement, la transparence et le caractère redditionnel du financement du système devront être assurés. Il s'agit ici pour le citoyen-contribuable d'avoir une idée des coûts associés à l'offre de services de santé dans la langue de la minorité. Quatrièmement, nous estimons qu'un tel programme devrait être administré par Santé Canada compte tenu de son expertise naturelle dans le domaine. Le choix de confier cette responsabilité à cette institution fédérale est conforme à l'esprit et à la lettre de l'article 41 de la *Loi sur les langues officielles*. Nous suggérons la ratification d'un protocole d'entente entre Santé Canada et Patrimoine canadien (PCH), sur le modèle de

⁴⁶ *Témoignages*. Comité permanent des langues officielles, réunion n° 35, 37^e législature, 2^e session, 1 octobre 2003, (1535).

CHAPITRE 3 : LES MÉCANISMES DE COOPÉRATION INTERGOUVERNEMENTALE DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ

Nous utilisons ici le terme « coopération intergouvernementale » pour désigner l'ensemble des relations qui existent entre les différents ordres de gouvernement d'une fédération instituée dans le but d'atteindre des objectifs communs.

Il est généralement reconnu que la coopération intergouvernementale dans le domaine des langues officielles est bien établie. Dans le domaine de l'éducation, le gouvernement fédéral signe depuis 1970 des ententes bilatérales avec chacun des gouvernements provinciaux et territoriaux (ministère de l'Éducation) et fournit un appui financier pour couvrir une partie des coûts supplémentaires encourus pour offrir l'enseignement dans la langue primaire. Le Programme des langues officielles dans l'enseignement était l'une des principales recommandations de la Commission Laurendeau-Dunton. De plus, le gouvernement du Canada, par l'intermédiaire du ministère du Patrimoine canadien, signe également des ententes fédérales-provinciales en matière de services dans la langue de la minorité sur une base pluriannuelle avec les gouvernements provinciaux et territoriaux dans des domaines clés pour le développement et l'épanouissement des collectivités minoritaires de langue officielle : l'économie, la justice, les services sociaux et les loisirs, etc.

Le 23 septembre dernier, le directeur général des Programmes d'appui aux langues officielles du ministère du Patrimoine canadien, M. Hilaire Lemoine, a fait un bref retour historique sur le Programme des langues officielles en éducation (PLOE). Depuis 30 ans, l'évolution du Programme s'est faite en accord avec les principes de respect mutuel et de partenariat avec les gouvernements participants. Depuis 1998, l'approche par plan d'action avec indicateurs de rendement a amené une transparence et une imputabilité accrues dans la gestion du programme. M. Lemoine a terminé son exposé en insistant sur le fait que le programme a été cité par le passé « comme un modèle de collaboration fédérale-provinciale⁴⁴ ».

Lors des travaux de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, plusieurs associations francophones⁴⁵ ont demandé la création d'un programme de coopération intergouvernementale en santé, similaire à ce qui existe actuellement dans le

⁴⁴ *Témoignages*, Comité permanent des langues officielles, réunion n° 32, 37^e législature, 2^e session, 23 septembre 2003, (0930).

⁴⁵ FCFA du Canada, *Mémoire présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada*, Regina, 4 mars 2002.

Pour conclure cette section, c'est avec enthousiasme que le Comité a pris connaissance des différentes initiatives qui ont vu le jour sur le terrain depuis cinq ans. Mentionnons entre autres, le réseautage ou le développement du CNFS qui peuvent être cités comme de véritables modèles de concertation et de travail d'équipe. Malgré les gains réalisés, il est dès maintenant nécessaire de penser au lendemain. Les leviers d'intervention mentionnés précédemment (réseautage, soins primaires, formation, recherche, télésanté) seront confrontés tôt ou tard aux défis que représente le financement récurrent de ces initiatives. Certes, le Plan d'action des langues officielles du gouvernement du Canada est venu donner un élan prometteur aux recommandations des deux comités consultatifs. Toutefois, il faut se rappeler que ces investissements, qui s'étalent sur une période de cinq ans, sont relativement modestes proportionnellement au budget global de Santé Canada. C'est pourquoi le Comité croit qu'il est plus que jamais nécessaire d'inscrire la question des soins de santé aux minorités linguistiques à l'intérieur des mécanismes de coopération intergouvernementale qui existent actuellement entre les gouvernements fédéral et provinciaux dans ce secteur. Nous traitons de cette question dans la prochaine section.

RECOMMANDATION 8

Le Comité demande à l'IRSC de nommer dans les plus brefs délais un nouveau champion des langues officielles et d'informer le Comité de la nomination.

RECOMMANDATION 9

Le Comité recommande au gouvernement du Canada d'ajouter l'IRSC à la liste des institutions fédérales désignées dans le cadre de responsabilisation adopté en août 1994 en vue d'assurer la mise en œuvre des articles 41 et 42 de la partie VII de la *Loi sur les langues officielles*.

RECOMMANDATION 10

Le Comité recommande la création d'un quatorzième institut à l'IRSC qui s'intéresserait à toutes les questions de santé reliées aux communautés minoritaires de langue officielle.

Les nouvelles technologies (Infosanté)

L'utilisation des technologies de l'information et des communications (TIC) dans le domaine des soins de santé est souvent appelée « télésanté » ou « infosanté ». L'objet de la télésanté est de partager l'information entre les divers fournisseurs et établissements de soins de santé, et fournir des services de santé sur de courtes et grandes distances⁴². Nous n'avons pas traité de ce levier d'intervention en profondeur dans le cadre de nos travaux, mais des développements récents nous permettent d'entrevoir l'avenir avec optimisme quant à sa mise en œuvre. Lors de son témoignage, le coordonnateur national aux Affaires francophones intergouvernementales, M. Edmond LaBossière, a fait état de l'engagement des ministres des Affaires francophones à faire de la télésanté une priorité. Lors de la récente Conférence ministérielle sur les affaires francophones qui s'est tenue à Winnipeg en septembre 2003, les ministres participants ont adopté un Plan d'action intergouvernemental sur les affaires francophones où l'on énonce « les possibilités de collaboration intergouvernementale en ce qui concerne des lignes téléphoniques régionales ou une ligne nationale de télésanté en français⁴³. »

⁴² Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *La santé des Canadiens — Le rôle du gouvernement fédéral. Volume deux — Tendances actuelles et défis futurs*, janvier 2002, p.110.

⁴³ Voir le site du Secrétariat des conférences intergouvernementales canadienne : http://www.scics.gc.ca/cinfo03/830802004a_f.html

environnement d'appuyer un des 10 membres du Consortium national de formation en santé (CNFS)³⁹ dans les prochains mois.

Le Comité doute du sérieux dont l'IRSC fait preuve dans la mise en œuvre du Programme des langues officielles du gouvernement du Canada ainsi que de son implication dans le domaine de la recherche sur la santé des communautés minoritaires de langue officielle. Le bilan annuel 2002-2003 sur les langues officielles soumis au Secrétaire du Conseil du Trésor présente des lacunes importantes sur différents enjeux. Par exemple, au moment de la rédaction du présent rapport, le poste de « champion des langues officielles » est vacant depuis six mois et n'a pas encore été pourvu. Il s'agit pourtant d'un poste stratégique dans la fonction publique fédérale. Le champion est chargé de relever la visibilité du Programme des langues officielles au sein des institutions fédérales et de servir d'interlocuteur de haut niveau pour les communautés de langue officielle en situation minoritaire.

Pour toutes ces raisons, nous estimons que l'IRSC doit faire plus. Les 13 instituts des IRSC se concentrent sur les priorités de santé précises pour plusieurs groupes particuliers de Canadiens et, d'après nos témoignages, les enjeux sanitaires relatifs aux minorités linguistiques sont tout simplement absents de leur planification stratégique. Une étude exhaustive préparée pour Santé Canada en 2001⁴⁰ indique « que des recherches spécifiques au Canada sont requises dans ce domaine ».

Le Comité estime que l'IRSC devrait être ajouté aux 29 institutions désignées en vue d'assurer la mise en œuvre des articles 41 et 42 de la *Loi sur les langues officielles*. Le cas échéant, il serait appelé à préparer un plan d'action annuel, après avoir préalablement consulté les communautés de langue officielle vivant en situation minoritaire sur leurs besoins. Lors de sa comparution devant notre comité, M. Mark Bisby, vice-président à la Recherche à l'IRSC, a donné son aval à cette proposition⁴¹. Au moment où les soins de santé et les services sociaux sont un dossier prioritaire pour les communautés minoritaires de langue officielle, le Comité est fermement convaincu que l'IRSC avec les minorités linguistiques est un bon début, mais il est nécessaire de s'assurer que ces consultations se fassent à intervalles réguliers et sur une base annuelle. Les plans d'action qui seront élaborés permettront aux parlementaires d'assurer les suivis nécessaires.

³⁹ *Témoignages*, Comité permanent des langues officielles, réunion n° 34, 37^e législature, 2^e session, 30 septembre 2003, (1025).

⁴⁰ Sarah Bowen, *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*, Étude préparée pour Santé Canada, novembre 2001, p. VIII.

⁴¹ *Témoignages*, Comité permanent des langues officielles, réunion n° 34, 37^e législature, 2^e session, 30 septembre 2003, (1045).

citoyenneté et les minorités francophones (Université d'Ottawa), les chercheurs qui travaillent sur les questions linguistiques produisent des travaux de recherche de qualité, mais qui n'obtiennent pas le même niveau de reconnaissance. Ces travaux sont davantage orientés vers la compréhension et la résolution de problèmes sur le terrain. Cette forme de recherche-action, très utile pour la communauté immédiate, n'obtient pas la même reconnaissance de la part des bailleurs de fonds. Pour remédier à la situation, le CRSH a mis en place en 1999 le programme des Alliances de recherche universités-communautés (ARUC). D'après Christian Sylvain du CRSH, les petites universités et collèges francophones se positionnent assez bien dans les premières rondes de financement du programme des ARUC.³⁸

De plus, le Plan d'action pour les langues officielles du gouvernement du Canada prévoit la création d'un nouveau domaine de recherche stratégique sur le thème de la « Citoyenneté, culture et identité » qui permettra d'offrir du financement pour des études sur la dualité linguistique et les minorités linguistiques. Nous espérons que dans les prochaines années, ces différentes mesures auront pour résultat d'augmenter la quantité de recherche sur les minorités linguistiques de façon générale et sur les questions afférentes à la santé en particulier.

RECOMMANDATION 6

Le Comité recommande que le CRSH accorde une attention particulière, surtout pour les cinq prochaines années, aux projets de recherche sur les questions de santé propres aux communautés minoritaires de langue officielle.

RECOMMANDATION 7

Le Comité demande au CRSH de faire une promotion renouvelée de ses programmes auprès des chercheurs des communautés minoritaires de langue officielle.

Les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) sont les principaux organismes subventionnaires de la recherche dans le domaine de la santé. L'IRSC est composé de 13 instituts, chacun œuvrant dans un domaine particulier. Lors de leur témoignage devant le Comité, l'IRSC a avoué que ce n'est que tout récemment qu'ils ont commencé à s'intéresser aux questions relatives aux soins de santé pour les minorités de langue officielle. Les contacts avec les comités consultatifs francophone et anglophone (CCCFSM et CCCASM) n'en sont encore qu'à leur début. Mentionnons que l'IRSC

chercheurs qui peuvent renforcer la recherche dans le domaine de la santé ayant trait, en particulier, aux communautés francophones en situation minoritaire.

Dans le cadre du Plan d'action pour les langues officielles annoncé par le gouvernement du Canada en mars dernier, le CNFS a obtenu 63 millions de dollars pour les cinq prochaines années (2003-2008) et la communauté anglophone du Québec, 12 millions de dollars. Les 10 institutions participantes du CNFS se sont données comme objectif d'admettre environ 2 500 étudiants dans 15 disciplines de formation où il y a une interaction linguistique entre le patient et le professionnel. L'atténuation d'un tel objectif pose plusieurs défis : le recrutement des jeunes francophones, l'offre de programmes de formation en régions et la rétention des nouveaux diplômés dans leur milieu. De plus, l'arrivée de nouveaux diplômés sur le marché du travail permettra d'assurer une meilleure qualité de services en français, mais ne comblera pas les besoins qui sont « de trois fois ou même quatre fois plus de professionnels dans le domaine de la santé³⁶ », selon les dirigeants du CNFS. Il sera important pour les dirigeants du CNFS d'évaluer adéquatement les résultats afin d'avoir une idée des progrès accomplis en matière de formation à la fin de cette deuxième phase. Par exemple, il sera utile pour le CNFS et les décideurs d'avoir une idée assez précise des coûts de formation d'un professionnel francophone pour différentes professions de la santé, mais aussi des indicateurs de succès sur la rétention des professionnels dans leur milieu d'origine.

RECOMMANDATION 5

Le Comité demande au CNFS d'élaborer des indicateurs de rendement sur la rétention des professionnels de la santé dans leur milieu d'origine et de partager ces indicateurs avec le Comité.

La recherche

M. Christian Sylvain, directeur de la Section des politiques et planification au Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH), a admis qu'il y avait un manque de recherches sur les langues officielles³⁷. Les subventions accordées à des projets touchant les langues officielles et les minorités linguistiques ne représentent qu'une faible proportion du budget total du CRSH. Plusieurs raisons expliquent cet état de fait. Il est souvent plus difficile pour les plus petites universités et collèges francophones de s'insérer dans les grands courants de recherche. Le personnel enseignant de ces établissements académiques doit souvent accorder la majeure partie de son temps à l'enseignement, au détriment de la recherche. De plus, comme l'a mentionné la professeure Anne Gilbert du Centre interdisciplinaire de recherche sur la

³⁶ *Témoignages*, Comité permanent des langues officielles, réunion n° 36, 37^e législature, 2^e session, 7 octobre 2003, (0955).
³⁷ *Témoignages*, Comité permanent des langues officielles, réunion n° 34, 37^e législature, 2^e session, 30 septembre 2003, (0930).

réseaux d'établir, en respectant les critères du FASSP, quel genre de projets ils veulent mettre en place.

Toutefois, la Société Santé en français s'inquiète du fait que le FASSP viendra à échéance le 31 mars 2006. Alors que le Consortium national de formation en santé reçoit du financement jusqu'en 2008 dans le Plan d'action pour les langues officielles, les projets mis de l'avant par les réseaux dans le domaine des soins primaires risquent de ne pas avoir les ressources financières nécessaires pour être maintenus en place advenant la disparition du FASSP. L'accès à un financement permanent constitue possiblement le plus grand défi que devront relever les réseaux dans les années à venir.

RECOMMANDATION 3

Le Comité recommande au gouvernement du Canada de s'assurer que les fonds qu'il attribue aux minorités linguistiques pour les soins primaires par le FASSP soient assurés au moins jusqu'en 2008, et par la suite de façon permanente.

RECOMMANDATION 4

Le Comité recommande à Santé Canada de soumettre un rapport annuel sur les fonds octroyés aux communautés minoritaires de langue officielle dans le cadre du FASSP de façon à ce que le Parlement et les acteurs concernés puissent avoir une idée précise du rendement et des sommes dépensées. Ce rapport devra également offrir une ventilation des fonds accordés par Santé Canada pour les autres leviers d'intervention proposés par le CCCFSM et le CCCASM.

La formation

L'accès aux services de santé dans la langue du patient n'est possible que dans la mesure où il y a un nombre suffisant de professionnels sur le terrain pour offrir ces services. Jusqu'en 1999, les programmes de formation en santé offerts en français étaient quasiment inexistant. L'arrivée du Centre national de formation en santé en 1999 a posé les bases de la formation continue dans ces disciplines à l'extérieur du Québec. La deuxième phase de ce projet porte le nom de Consortium national de formation en santé (CNFS). La mission de l'organisme est de mettre en œuvre un réseau d'institutions postsecondaires³⁵ en français pour appuyer, d'une part, les institutions de formation qui offrent ou pourraient offrir une formation dans le domaine de la santé et, d'autre part, les

³⁵ L'Université Sainte-Anne (Nouvelle-Écosse), l'Université de Moncton (Nouveau-Brunswick), l'Entente Québec/Nouveau-Brunswick, le Collège communautaire du Nouveau-Brunswick (Campbellton), l'Université d'Ottawa (Ontario), la Cité collégiale (Ontario), l'Université Laurentienne (Ontario), le Collège Boréal (Ontario), le Collège universitaire de Saint-Boniface (Manitoba) et la Faculté Saint-Jean (Alberta).

mécanisme de concertation et de mieux reconnaître les besoins de sa communauté francophone en matière de services de santé³³.

En 2002-2003, Santé Canada³⁴ a versé 1,9 million de dollars à la Société Santé en français qui ont servi au lancement de l'initiative de réseautage, au maintien de réseaux existants et à la réalisation d'études de faisabilité visant à préparer le terrain en vue de la mise sur pied de réseaux, ainsi qu'à la création du réseau national pouvant appuyer les diverses initiatives prioritaires. Le Plan d'action du gouvernement du Canada sur les langues officielles est venu consolider cette démarche en prévoyant un financement total pour les cinq prochaines années de 10 millions de dollars pour les réseaux francophones et 4 millions pour les réseaux anglophones.

Les soins primaires

Les soins primaires constituent le premier niveau de contact avec le régime de santé. Ils comprennent, entre autres, les visites chez le médecin, l'appel à un service d'infosanté, les services de promotion, de prévention et de réadaptation qui sont fréquemment utilisés par les utilisateurs d'un service de santé.

Le CCCFSM a fait une priorité des soins primaires dès le début de ses travaux. Sous le volet santé du Plan d'action pour les langues officielles, 30 millions de dollars ont été octroyés pour la période 2003-2006 dans le but d'appuyer ce levier d'intervention. Les fonds proviennent du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP) de Santé Canada, un programme mis en place en 2000. Du budget total de 800 millions de dollars sur cinq ans que représente le FASSP, 20 millions de dollars ont été mis à la disposition des minorités francophones et 10 millions aux anglophones du Québec, également sur une période de cinq ans. Rappelons ici que cette somme est en dessous des 25 millions de dollars par année que le CCCFSM estimait nécessaires dans son rapport de septembre 2001 pour la mise en place d'infrastructures où les francophones seraient en mesure d'obtenir des soins de première ligne.

La Société Santé en français a déjà fait une répartition du 20 millions de dollars entre les provinces et les territoires pour indiquer à leurs membres quel genre de financement serait disponible au niveau de la province ou du territoire. Ce sera aux

³³ Le gouvernement de la Nouvelle-Écosse vient de créer un poste de coordonnateur des services en français au ministère de la Santé. Le ministère de la Santé de l'Île-du-Prince-Édouard assume la coprésidence du réseau de cette province. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario envisage un arrimage de son réseau de coordonnateurs des services en français avec les quatre réseaux créés dans cette province. Le gouvernement de Terre-Neuve et Labrador vient d'annoncer une contribution financière au fonctionnement du réseau provincial. En Colombie-Britannique, le ministère provincial de la Santé et quelques régions régionales participent aux activités du réseau. Au Manitoba, un groupe de travail tente de déterminer la meilleure approche pour assurer une reconnaissance officielle du réseau francophone à l'intérieur du système de santé provincial. La phase de transition a permis de jeter les bases des réseaux dans toutes les provinces et territoires.

³⁴ *Témoignages, Comité permanent des langues officielles*, réunion n° 24, 37^e législature, 2^e session, 28 mai 2003, (1540).

- Une meilleure **information** sur l'état de santé des francophones en situation minoritaire. Il a été convenu qu'il est nécessaire de recueillir de meilleures données sur cette question. Par la suite, il sera plus facile de cibler les programmes et les infrastructures à mettre en place de même que les campagnes de promotion de la santé ou de prévention des maladies.

Un an plus tard, le CCCASM en est venu aux mêmes conclusions que le CCCFSM dans son rapport soumis à la ministre fédérale de la Santé, l'honorable Anne McLellan. Les moyens d'action que le Comité consultatif anglophone a proposés dans son rapport pour améliorer l'accessibilité à des soins de santé en anglais s'apparentent en tous points à ceux proposés par le CCCFSM soient : le réseautage et la coopération, la formation et le perfectionnement des ressources humaines, les modèles de prestation de services, la technologie et l'information stratégique³².

Dans leur rapport respectif, les deux comités consultatifs ont convenu d'accorder une priorité à trois des recommandations, soit le réseautage, la formation et les soins de santé primaires. Dans les pages qui suivent, le lecteur sera à même de constater que des progrès ont été réalisés dans ces secteurs. Dans le domaine de l'information (recherche) des initiatives pourraient éventuellement voir le jour bien que beaucoup de travail reste à faire. Les responsables de la mise en œuvre de certains leviers d'intervention se sont présentés devant le Comité pour nous faire part des progrès accomplis, mais aussi des défis qui restent à relever. Nous présentons une synthèse dans les pages qui suivent.

Le réseautage

Lors de leur témoignage du 27 mai 2003, les dirigeants de la Société Santé en français ont dressé un portrait exhaustif de la situation des soins de santé dans la langue de la minorité. Cet organisme, nouvellement incorporé, est un interlocuteur majeur lorsqu'il est question des soins de santé en français à l'extérieur du Québec. La Société Santé en français est composée de délégués représentant les cinq grands partenaires dans le monde de la santé : les établissements de santé, les organismes communautaires qui se consacrent aux services de santé, les professionnels de la santé, les institutions de formation et des représentants des milieux gouvernementaux (fédéral et provinciaux). Les 17 réseaux qui représentent l'ensemble des provinces et territoires où les francophones sont en situation minoritaire sont représentés au sein de la Société Santé en français, qui constitue en quelque sorte le « réseau national ». Ces réseaux provinciaux et territoriaux sont des regroupements d'individus qui représentent les cinq grands partenaires énumérés précédemment. Les structures organisationnelles varient d'une région à l'autre, reflétant les ressources et les besoins variés des différentes communautés. Dans plusieurs provinces, la mise en place du réseau a été accompagnée de mesures confirmant la volonté du gouvernement provincial de participer à ce

³² Comité consultatif des communautés anglophones en situation minoritaire, *Rapport à la ministre fédérale de la Santé*, juillet 2002, p. 21.

Dans son rapport final³⁰, le CCCFSM a recommandé au ministre fédéral de la Santé la mise en œuvre de **cinq leviers d'intervention** en vue d'améliorer le niveau d'accessibilité aux services de santé en français :

- la mise en œuvre d'un **réseautage** communautaire entre les représentants de la communauté francophone, les professionnels francophones de la santé, les gestionnaires d'établissements d'enseignement, les gestionnaires d'établissements de santé, les associations professionnelles et les représentants politiques. Les réseaux servent à établir les priorités adaptées à chaque communauté et s'assurent que le modèle mis en place soit compatible avec le système de santé de la province ou du territoire concerné. Précisons ici que la recommandation 28 du rapport de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (Commission Romanow) est venue appuyer l'initiative de réseautage³¹.

- la mise en place d'un **consortium pancanadien pour la formation** dans les sciences de la santé dans le but de remédier à la pénurie de professionnels pouvant servir dans les communautés francophones. Ce réseau national, constitué de plusieurs établissements universitaires et collèiaux, de partenaires communautaires et d'établissements de soins de santé dans les communautés, recevrait le mandat de donner suite aux stratégies de recrutement et de formation de futurs professionnels de la santé.

- L'implantation de **lieux d'accueil** pour la prestation de services de santé en français. Les solutions qui seront adoptées pour améliorer l'accès à des services de santé en français dépendront de la situation particulière de chaque communauté. Les modes de prestation de soins proposés touchent prioritairement les soins primaires bien que les soins spécialisés ne soient pas oubliés.

- L'utilisation accrue des nouvelles **technologies**, afin de renforcer la relation patient-professionnel et de briser l'isolement géographique de certaines communautés. Le développement de l'infiroute de la santé permettrait de communiquer rapidement et efficacement par le son, l'image et la transmission de données avec un grand nombre de points de service partout au pays. Les nouvelles technologies pourraient être mises à profit pour offrir de la formation au personnel médical.

³⁰ Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire, *Rapport au ministre fédéral de la Santé*, Septembre 2001, p. 49.

³¹ La recommandation 28 énonce que : « Les gouvernements, les autorités régionales de la santé, les dispensateurs de soins de santé, les hôpitaux et les organisations communautaires devraient travailler en étroite collaboration en vue de déterminer quels sont les besoins des minorités de langues officielles et de répondre à ces besoins. » Voir Commission sur l'avenir des soins de santé du Canada, *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada*, Rapport final, Novembre 2002, p. 170.

TABLEAU 2

Usage de l'anglais dans diverses situations liées aux services sociaux et de santé (SS et S)

Région	Anglophones bénéficiant de services en anglais (%)										Service global en anglais	Total des situations de service	% des services offerts en anglais	Indice par comparaison avec la moyenne provinciale	Rang régional	Usage de l'anglais dans des situations SS et S, par comparaison avec la moyenne provinciale
	Médecin	CLSC	Info-Santé	Salle d'urgence	Séjour à l'hôpital	Soins de longue durée publics	Résidence privée	Services privés de soins infirmiers	Groupe communautaire							
Québec (provinciale)	86	66	61	73	80	70	72	75	78	50,2	6 227	54	1,00	S.O.	S.O.	
01 Bas-Saint-Laurent	26	6	31	28	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	13	2	12,9	0,24	15	Tres faible	
02 Saguenay-Lac-Saint-Jean	42	S.O.	S.O.	8	12	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	19	114	16,5	0,22	16	Tres faible	
03 Québec	52	21	21	20	27	45	18	S.O.	21	39	167	31,7	0,42	13	Tres faible	
04 Mauricie et Centre-du-Québec	31	26	13	4	39	19	S.O.	62	15	26	116	22,8	0,50	14	Tres faible	
05 Estrie	79	72	56	40	63	61	56	89	75	40,7	620	64,6	0,86	-	Faible	
06 Montréal	95	74	69	85	85	75	75	82	80	1 801	3 253	82,3	1,00	2	Elève	
07 Outaouais	92	68	42	69	74	67	70	69	45	54,7	479	7,4	0,37	4	Moyen	
08 Abitibi-Témiscamingue	54	45	27	59	65	50	82	100	100	119	215	55,0	0,74	10	Tra faible	
09 Côte-Nord	76	71	83	65	92	100	86	95	95	257	301	78,8	1,05	3	Elève	
10 Nord-du-Québec	86	84	100	75	87	89	100	89	71	159	167	83,5	1,11	1	Elève	
11 Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine	85	70	60	58	60	66	65	82	74	279	402	69,5	0,92	6	Faible	
12 Chaudière-Appalaches	49	46	70	14	44	67	100	S.O.	56	34	78	45,5	0,57	11	Tres faible	
13 Laval	75	44	55	47	72	89	85	70	64	191	322	59,4	0,79	8	Tres faible	
14 Lanaudière	56	16	48	41	38	40	41	72	100	52	126	41,1	0,54	12	Tres faible	
15 Laurentides	64	43	45	49	56	52	65	97	67	186	354	57,7	0,74	9	Tres faible	
16 Montérégie	75	59	48	78	94	59	82	65	94	674	955	72,1	0,96	7	Moyen	

Remarques :

1. Ces résultats sont fondés sur les réponses des 5 126 répondants au sondage.
2. L'indice est calculé en comparant le résultat régional à la moyenne provinciale.
3. L'usage « élevé » de l'anglais dans les situations liées aux services sociaux et de santé dans la région 10 est attribuable à l'organisation particulière des services au sein des communautés des Cris et des Inuits de la région du Nord-du-Québec.

Source : CROP et l'Institut Missisquoi. Sondage sur les attitudes, les expériences et les enjeux des communautés anglophones du Québec, juin 2000.

Source : Comité consultatif des communautés anglophones en situation minoritaire, Rapport à la ministre fédérale de la Santé, Juillet 2002, p. 12.

L'association qui représente la population anglophone de la péninsule de la Gaspésie, soit le Comité d'action sociale pour les anglophones, qui représente 10 000 personnes ou 10 % de la population, est venu commenter les résultats du sondage de l'Institut Missisquoi devant notre comité. Qu'il s'agisse de soins prénataux, de soins palliatifs ou de prévention, « la communauté anglophone gaspésienne est en crise en termes d'accès aux services de santé²⁸ ».

Il est important ici de souligner que le droit aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise est reconnu au Québec grâce à des modifications apportées en 1986 à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. L'article 15 de la *Loi* stipule que toute personne d'expression anglaise a « le droit de recevoir en langue anglaise des services de santé et des services sociaux²⁹ ».

En 1999, le ministre fédéral de la Santé, l'honorable Allan Rock, mettait sur pied un comité consultatif sur les communautés francophones en milieu minoritaire (CCCFSM). Un an plus tard, un comité similaire voyait le jour pour les communautés anglophones en situation minoritaire (CCCASM). Les deux comités ont eu le même mandat, soit de conseiller le ministre fédéral de la Santé sur les façons de favoriser et de soutenir chacune des minorités linguistiques dans le domaine de la santé, conformément à l'article 41 de la *Loi sur les langues officielles*. Chaque comité était composé d'individus œuvrant dans le domaine de la santé et ayant une expertise dans ce domaine.

²⁸ *Témoignages*, Comité permanent des langues officielles, réunion n° 38, 37^e législature, 2^e session, 21 octobre 2003, (1020).

²⁹ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., chapitre S-4.2, article 15.

TABEAU 1
FRANCOPHONES AYANT ACCÈS À DES SERVICES DE SANTÉ EN FRANÇAIS
SELON LE LIEU DE SERVICES (EN PROPORTION DU TOTAL DES
FRANCOPHONES EN SITUATION MINORITAIRE)

ACCESSIBILITÉ À DES SERVICES EN FRANÇAIS				
Type d'institutions	Aucunement (moins de 10% des situations)	Rarement (entre 10% et 30% des situations)	Partiellement (entre 30% et 90% des situations)	Totalement (plus de 90% des situations)
Cliniques médicales	28,7 %	25,5 %	19,9 %	25,9 %
Centres de santé communautaire	50,6 %	3,9 %	8,0 %	37,1 %
Services à domicile	25,2 %	24,8 %	19,5 %	30,5 %
Hôpitaux	33,7 %	19,3 %	18,5 %	28,5 %

Source : FCFA du Canada. *Santé en français — Pour un meilleur accès à des services de santé en français : Étude coordonnée pour le Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire*, Ottawa, juin 2001, p. 25.

Du côté de la communauté anglophone du Québec, l'accès aux services sociaux et de santé offerts en anglais varie en fonction de différents facteurs tels que le poids démographique, les contraintes économiques et l'évolution des priorités gouvernementales. Au printemps 2000, l'Institut Mississquoi a mené un sondage sur la perception qu'avaient les Québécois anglophones sur les services de santé et les services sociaux obtenus dans leur langue. Si l'accessibilité aux services dans la région administrative de Montréal est assez élevée, elle devient problématique dans les communautés anglophones situées en région. Lors de sa comparution devant notre comité, le Québec Community Group Network a présenté un tableau qui révèle que dans les régions où les communautés anglophones représentent moins de 2,5 % de la population régionale, le pourcentage des services sociaux et de santé accessibles en anglais est plutôt faible : Bas-Saint-Laurent (17,9 %), Saguenay-Lac-Saint-Jean (16,3 %), Québec (31,7 %), Mauricie (22,8 %), Chaudière-Appalaches (43,3 %) et Lanaudière (41,1 %) (Voir le tableau 2).

CHAPITRE 2 : L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ DANS LES DEUX LANGUES OFFICIELLES : INITIATIVES ACTUELLES ET PERSPECTIVES D'AVENIR

Depuis cinq ans, le dossier des services de santé et de services sociaux dans la langue de la minorité a progressé de façon notable. Les communautés minoritaires de langue officielle en ont fait un dossier prioritaire et le centre de leurs revendications politiques.

Du côté des francophones, la décision de la Commission de restructuration des services de santé de l'Ontario de fermer l'hôpital Montfort en février 1997 et toute la bataille qui s'en est suivie a eu pour effet de mettre en lumière la problématique des soins de santé en français pour les francophones vivant en situation minoritaire au Canada. Toutefois, cette question préoccupait les communautés francophones et acadiennes depuis un certain temps. En juin 2001, la FCFA²⁷ a coordonné la réalisation d'une étude exhaustive sur la question intitulée *Pour un meilleur accès à des services de santé en français*²⁷ qui démontrait qu'entre 50 et 55 % des francophones en situation minoritaire n'ont aucun ou peu d'accès à des services de santé en français (Voir tableau 1).

²⁷ FCFA du Canada. *Santé en français — Pour un meilleur accès à des services de santé en français : Étude coordonnée pour le Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire*, Ottawa, juin 2001, p. viii.

RECOMMANDATION 2

Le Comité demande à la commissaire aux langues officielles d'organiser la tenue d'un forum national de réflexion où des experts juridiques se pencheront publiquement sur les meilleures options pour renforcer les assises juridiques des services de santé aux minorités linguistiques, y compris la possibilité d'ajouter un sixième principe sur la dualité linguistique à la *Loi canadienne sur la santé*. Nous demandons à la commissaire de faire rapport au Comité à la suite de ses travaux.

Or, un jugement récent de la Cour fédérale est venu relancer ce débat. Dans son témoignage du 16 septembre 2003, le professeur Pierre Foucher a fait référence à un jugement de la Cour fédérale rendu le 8 septembre dernier²⁶ dans lequel elle octroie une ordonnance qui force l'Agence canadienne de l'inspection des aliments à respecter la partie VII. La Cour a estimé que cette section de la Loi a une force obligatoire et peut conduire à des ordonnances. Si c'est le cas, le pont est assez facile à faire avec le dossier de la santé. Il serait vraisemblable de croire que le gouvernement du Canada a l'obligation, en vertu de l'article 41 de la Loi, de faire tout en son pouvoir pour favoriser le développement des soins de santé dans les deux langues. Le 14 octobre 2003, le ministère fédéral de la Justice a interjeté appel dans cette cause.

De plus, en vertu de l'alinéa 43(1)d), la ministre du Patrimoine canadien, au nom du gouvernement du Canada, a l'obligation de prendre des mesures pour aider les provinces à fournir des soins de santé dans la langue de la minorité. Il est maintenant reconnu que le gouvernement du Canada dépense pour renforcer l'accès des minorités linguistiques à l'éducation et aux services dans leur langue. La partie VII et l'alinéa 43(1)d) se trouvent à être l'expression du pouvoir de dépenser du gouvernement fédéral que nous avons expliqué précédemment dans cette section. Par conséquent, certains experts pensent qu'il serait beaucoup plus efficace et plus facile, tant en termes politiques que dans son application, d'ajouter un droit à l'accès aux soins de santé à la Loi sur les langues officielles plutôt que d'amender la Loi canadienne sur la santé. La ratification d'un protocole d'entente entre Santé Canada et le ministère du Patrimoine canadien (PCH), sur le modèle de ce qui a été signé en 1997 entre le Conseil du Trésor et PCH, relativement à la mise en œuvre de l'article 41 de la Loi sur les langues officielles est une avenue possible ici. Nous y reviendrons plus loin dans la troisième section.

Le débat amorcé depuis quelques années sur les fondements constitutionnels et juridiques à des soins de santé pour les minorités linguistiques n'est sûrement pas terminé; le Comité n'a pas non plus la prétention de l'avoir épuisé. Nous espérons avoir apporté un éclairage nouveau à cette question. Nous verrons dans la prochaine section que plusieurs initiatives sont déjà mises en œuvre et que tout le dossier progresse. Toutefois, ces initiatives pour améliorer l'accès ne doivent pas éliminer la nécessité de reconnaître le droit fondamental des minorités linguistiques à recevoir des soins dans leur langue. Le Comité estime qu'une garantie juridique devra être inscrite quelque part par souci d'équité et d'égalité, mais aussi pour renforcer les initiatives qui sont actuellement en œuvre sur le terrain. C'est le constat posé par les associations communautaires que nous avons entendues, mais aussi par des administrateurs d'institutions hospitalières qui travaillent sur le terrain. Il faut continuer la discussion et c'est pourquoi le Comité demande à la Commissaire aux langues officielles d'en faire un dossier prioritaire dans les prochaines années.

le soutien des gouvernements provinciaux et des collectivités dans leurs efforts pour fournir un meilleur accès à des services dans la langue des minorités linguistiques, convient d'avantage que l'ajout d'un sixième principe à la Loi²². Par ailleurs, les experts juridiques consultés ont mentionné aux membres du Comité qu'il serait très difficile, pour des raisons politiques, d'amender l'actuelle *Loi canadienne sur la santé*²³.

Le Comité a demandé à ces mêmes experts de se pencher sur un des principes énoncés dans la Loi, soit celui sur l'accessibilité. Ce principe exige des provinces qu'elles « offrent les services de santé assurés selon des modalités uniformes et qu'elles ne fassent pas obstacle, directement ou indirectement, et notamment par facturation aux assurés, à un accès satisfaisant par eux à ces services²⁴. » Selon Pierre Foucher, il n'est pas exclu à prime abord que le principe d'accessibilité comprenne un accès à des soins de santé dans la langue du patient, s'il est interprété conformément au principe non écrit de protection des minorités. Toutefois, cette interprétation n'a jamais été validée par les tribunaux.

La Loi sur les langues officielles

En quatrième lieu, les experts ont analysé la *Loi sur les langues officielles*. La partie VII exprime l'engagement du gouvernement canadien à favoriser l'épanouissement des communautés et la progression vers l'égalité de statut et d'usage des deux langues. Un certain courant de pensée soutient qu'il est inutile d'invoquer la partie VII parce qu'elle serait non exécutoire, c'est-à-dire qu'elle ne créerait pas d'obligation.

C'est l'avis qu'a exprimé le ministre des Affaires intergouvernementales, l'honorable Stéphane Dion, lors de son passage à notre comité le 17 mars 2003 pour présenter le Plan d'action du gouvernement du Canada sur les langues officielles. Il est d'avis que la partie VII est un engagement politique et que le Plan d'action en est l'expression concrète. Selon le Ministre, le libellé de la partie VII, en plus d'être vague, implique directement les provinces dans la mise en œuvre de plusieurs initiatives. Par conséquent, il est difficile de concevoir comment le gouvernement du Canada pourrait être tenu responsable d'initiatives qui relèvent des provinces²⁵.

22	<i>Témoignages</i> , Comité permanent des langues officielles, réunion n° 24, 37 ^e législature, 2 ^e session, 28 mai 2003, (1535).
23	<i>Témoignages</i> , Comité permanent des langues officielles, réunion n° 30, 37 ^e législature, 2 ^e session, 16 septembre 2003, (0925).
24	<i>Loi canadienne sur la santé</i> , 1984.
25	<i>Témoignages</i> , Comité permanent des langues officielles, réunion n° 14, 37 ^e législature, 2 ^e session, 17 mars 2003, (1610).

droit à des soins de santé dans la langue de la minorité dans la Constitution canadienne, il faudrait le consentement unanime de l'ensemble des partenaires de la fédération en vertu de la Partie V de la *Loi constitutionnelle de 1982*. Toutefois, rien n'empêche le Parlement du Canada et une province consentante d'avoir recours à la procédure bilatérale de la formule d'amendement pour inclure un tel droit. Le Comité ne peut qu'espérer que des provinces suivront l'exemple du Nouveau-Brunswick sur la voie de l'égalité linguistique. La *Proclamation de 1993 modifiant la Constitution (Loi sur le Nouveau-Brunswick)* a reconnu constitutionnellement l'égalité des deux communautés linguistiques du Nouveau-Brunswick en modifiant l'article 16 de la Charte canadienne des droits et libertés. Le Nouveau-Brunswick est désormais tenu de protéger et de promouvoir le statut, les droits et les privilèges des deux communautés linguistiques.

La Loi canadienne sur la santé

En troisième lieu, le Comité a demandé aux experts d'examiner la *Loi canadienne sur la santé*. Dans sa forme actuelle, la *Loi canadienne sur la santé* énumère cinq conditions que les gouvernements des provinces et des territoires sont tenus de respecter dans le cadre de leur régime public d'assurance maladie pour avoir droit à la totalité des contributions fédérales versées sous le régime du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS). Ces cinq conditions sont l'universalité, l'intégrité, la transférabilité, la gestion publique et l'accessibilité. La FCFA, ses membres et plusieurs associations communautaires francophones, ont demandé à maintes reprises l'ajout d'une sixième condition qui porterait sur la dualité linguistique. Le Comité a reçu plusieurs mémoires²⁰ à ce sujet où il est demandé au Parlement d'inclure l'accès aux soins de santé dans les deux langues officielles dans la *Loi canadienne sur la santé* et d'en faire une condition nécessaire au financement fédéral. Le président de la Fédération des associations de juristes d'expression française de common law est même allé plus loin dans cette argumentation : « l'ajout du sixième principe d'égalité linguistique est essentiel et même constitutionnellement obligatoire. Comme Parlement, vous avez le pouvoir d'attacher des conditions linguistiques au financement. Je dirais même que vous en avez l'obligation²¹. »

Santé Canada exprime des réserves quant à cette proposition. Le Ministère estime que l'approche adoptée jusqu'à présent par le gouvernement du Canada, à savoir

²⁰ Douze organismes ont présenté un mémoire au Comité et plusieurs d'entre eux recommandaient l'ajout d'un principe portant sur la dualité linguistique dans la *Loi canadienne sur la santé*.
Témoignages. Comité permanent des langues officielles. réunion n° 30. 37^e législature, 2^e session, 16 septembre 2003. (0935).

favorisent la progression vers l'égalité. Toutefois, cela ne les oblige pas à agir. Dans l'arrêt *Beaulac*¹⁹, la Cour suprême a convenu que le paragraphe 16(1), qui consacre l'égalité linguistique, signifie que les droits qui existent à un moment donné doivent être appliqués également. Toutefois, il est important de préciser que cela n'oblige pas les gouvernements à rajouter des droits. Concrètement, si le droit à des soins de santé dans sa langue était rajouté dans une loi, soit la *Loi sur les langues officielles* ou la *Loi canadienne sur la santé*, les paragraphes 16(1) et 16(3) auraient alors un impact. Le paragraphe 16(3) ferait en sorte que cette loi ne pourrait être contestée sur la base de d'autres articles de la Charte et le paragraphe 16(1) ferait en sorte que l'égalité linguistique imposerait des obligations positives aux gouvernements pour s'assurer que ce droit soit mis en œuvre également.

Les experts ont examiné l'article 20(1) de la Charte, soit celui qui impose au gouvernement fédéral l'obligation d'offrir des services dans les deux langues dans les bureaux centraux et là où il y a une demande importante. Dans le cas où il offre des services directement à certains groupes (Premières nations, collectivités inuites, vétérans, personnel de la GRC, Service correctionnel, Forces armées canadiennes) les soins de santé que le gouvernement fédéral fournit directement font partie des services visés par l'article 20.

Pour les trois territoires, Tory Colvin, président de la Fédération des associations de juristes d'expression française de common law (FAJEFCL), soutient fermement que les articles 16 et 20 de la Charte obligent les gouvernements territoriaux et canadien à offrir des services de santé à tout parlant français des trois territoires, dans la mesure où ils font l'objet d'une « demande importante » ou de par la « vocation du bureau ». Toutefois, dans le cas des trois territoires, bien que le gouvernement du Canada soit responsable des soins de santé, il transfère de plus en plus cette responsabilité aux gouvernements territoriaux. Cette dévolution de responsabilités n'est pas sans créer des difficultés quant à l'application de la *Loi sur les langues officielles* en santé mais aussi dans différents domaines. Il y a ici une zone grise qu'il est nécessaire de clarifier.

RECOMMANDATION 1

Le Comité demande à la commissaire aux langues officielles de faire enquête pour vérifier si le gouvernement du Canada respecte la *Loi sur les langues officielles* lorsqu'il doit assurer directement des soins à certains groupes ou collectivités ou encore, qu'il s'assure que ses obligations soient rencontrées lorsqu'il transfère ses responsabilités à des tierces parties. Nous demandons à la commissaire de faire rapport au Comité à la suite de ses travaux.

Serait-il possible de modifier la Charte de façon à y enclâsser un nouveau droit à des soins de santé dans sa langue? Les experts s'entendent pour dire qu'il serait très difficile d'aller de l'avant avec une telle modification constitutionnelle. Pour reconnaître un

¹⁹ R. c. *Beaulac*, [1999] 1 R.C.S., para. 768

collectifs à des soins de santé dans la langue du patient¹³. Nous présentons ici les points

de vue des experts sur la question.

L'article 7 garantit à chacun et chacune le droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne. On ne peut porter atteinte à ces droits sauf en conformité avec les principes de justice fondamentale. Selon la professeure Martha Jackman, il y a là un argument intéressant qui pourrait être soulevé, soit que les soins de santé doivent être accessibles dans le sens de la *Loi canadienne sur la santé* dans la langue de la minorité linguistique pour répondre aux exigences de l'article 7¹⁴.

D'autre part, le Comité a demandé si le fait de ne pas recevoir des soins de santé dans sa langue pouvait être invoqué comme un motif de discrimination en vertu de l'article 15¹⁵ de la Charte. Dans l'arrêt *Eldridge c. Colombie-Britannique*¹⁶, la Cour suprême du Canada a jugé qu'une personne sourde a le droit de recevoir des services de santé dans une langue qu'elle est en mesure de comprendre. Ne pas offrir ces services de traduction constituait une discrimination incompatible avec l'article 15 de la Charte. Est-ce que ce droit s'étend aux locuteurs d'une langue minoritaire? Les avis entendus sur la question varient. Pour la professeure Martha Jackman, l'article 15 offre des possibilités extrêmement intéressantes pour les arguments que le Comité veut faire valoir¹⁷. À l'inverse, il est loin d'être certain que la langue maternelle est visée par l'article 15 selon le professeur Pierre Foucher. Le cas échéant, seule la langue maternelle serait touchée. Deuxièmement, une personne bilingue ne pourrait pas profiter de ce droit. Troisièmement, cela s'appliquerait à toutes les langues et pas seulement aux langues officielles. Enfin, cela donnerait droit à des services de traduction et non à des services directs¹⁸.

Les experts juridiques ont également exploré les paragraphes 16(1) et 16(3) de la Charte. Le paragraphe 16(1) garantit l'égalité des langues officielles et le paragraphe 16(3) représente ce qu'on appelle le principe de progression : il engage le Parlement et les gouvernements à favoriser la progression vers l'égalité. Jusqu'à présent, ce principe a été interprété de façon à ne pas empêcher les gouvernements d'adopter des mesures qui

¹³ *Témoignages*. Comité permanent des langues officielles, réunion n° 23, 37^e législature, 2^e session, 27 mai 2003, (0905).

¹⁴ Mme Jackman a fait référence ici à la décision de la Cour suprême du Canada datant du 8 mai 2003 qui a accepté d'entendre l'appel du médecin québécois Jacques Choulli, qui veut faire déclarer comme étant inconstitutionnels les articles de loi qui interdisent au secteur privé de concurrencer le secteur public en matière de santé. Le demandeur avait été préalablement débouté en Cour supérieure du Québec et en Cour d'appel.

¹⁵ « La Loi ne fait acception de personne et s'applique également à tous, et tous ont droit à la même protection et au même bénéfice de la loi, indépendamment de toute discrimination, notamment des discriminations fondées sur la race, l'origine nationale ou ethnique, la couleur, la religion, le sexe, l'âge ou les déficiences mentales ou physiques ».

¹⁶ *Arrêt Eldridge c. Colombie-Britannique* (A.G.), [1997], 3 R.C.S. para. 624.

¹⁷ *Témoignages*. Comité permanent des langues officielles, réunion n° 30, 37^e législature, 2^e session, 16 septembre 2003, (0920).

¹⁸ *Témoignages*. Comité permanent des langues officielles, réunion n° 30, 37^e législature, 2^e session, 16 septembre 2003, (0910).

ne puisse réglementer directement les activités qui sont de compétence provinciale⁸, le gouvernement du Canada peut les assortir de « conditions » sur la façon dont l'argent doit être dépensé⁹. Cette façon de faire n'a jamais fait l'objet de contestation judiciaire. Par son pouvoir de dépenser, le Parlement canadien pourrait, dans la *Loi canadienne sur la santé* ou dans la *Loi sur les langues officielles*, reconnaître un droit à des soins de santé dans sa langue aux minorités linguistiques et son obligation à lui, comme en éducation, serait d'aider les provinces à remplir cette mission.

Dans la décision qu'elle a rendue dans le *Renvoi relatif à la sécession du Québec*¹⁰, la Cour suprême du Canada déclare que la Constitution canadienne est fondée sur quatre principes : le fédéralisme, la démocratie¹¹, Pour la professeure Martha Jackman de l'Université d'Ottawa, ce dernier principe non écrit de la Constitution canadienne pourrait être invoqué pour démontrer l'obligation de fournir les services dans les deux langues officielles. Elle reconnaît toutefois que jusqu'à maintenant, les tribunaux ont interprété les principes non écrits du *Renvoi relatif à la sécession* comme étant des obligations surtout négatives; c'est-à-dire que l'État d'agir plutôt que de l'obliger à agir. Or, les droits linguistiques de la Charte canadienne des droits et libertés ont ceci de particulier : ils imposent aux gouvernements l'obligation d'agir. Ces principes non écrits qui ressortent du *Renvoi relatif à la sécession* constituent donc un bon point de départ pour insister sur l'obligation de fournir les services dans les deux langues :

Je pense qu'on a la possibilité d'interpréter ces dispositions ou ces principes comme imposant un devoir d'agir, parce que les droits constitutionnels des minorités linguistiques n'ont pas beaucoup d'effet s'ils n'imposent pas d'obligations positives¹².

La Charte canadienne des droits et libertés

Si la Charte canadienne des droits et libertés consacre très clairement les droits à l'instruction dans la langue de la minorité de langue officielle, il est généralement reconnu que ce droit n'est pas présent textuellement dans le domaine de la santé. Toutefois, dans le cadre de différentes commissions sur les soins de santé au Canada (Kirby et Romanow), des témoins ont soulevé l'hypothèse qu'il existerait des droits individuels et

8 *Témoignages*, Comité permanent des langues officielles, réunion n° 30, 37^e législature, 2^e session, 16 septembre 2003, (0940).

9 Une décision de la Cour d'appel de l'Alberta vient confirmer cette thèse : *Winterhaven Stables Ltd. c. Canada* (1988), 53 D.L.R., (4th), p. 434 (traduction).

10 *Renvoi relatif à la sécession du Québec* [1998], 2 R.C.S. 217 p. 248-249.

11 Bien qu'ils ne soient pas expressément écrits, ces principes sous-jacents de la Constitution peuvent néanmoins donner lieu à des droits juridiques substantiels. Le principe de la protection des droits des minorités a d'ailleurs été invoqué avec succès dans l'affaire *Montfort*.

12 *Témoignages*, Comité permanent des langues officielles, réunion n° 30, 37^e législature, 2^e session, 16 septembre 2003, (0915).

ne faut pas oublier celles qui relèvent du gouvernement du Canada. Celui-ci intervient dans le secteur de la santé par ses compétences en droit criminel, à la quarantaine, aux hôpitaux de la marine, au commerce interprovincial et international, aux brevets et marques de commerce ou encore, au moyen de son pouvoir relatif à la paix, l'ordre et au bon gouvernement. Le gouvernement fédéral possède également des responsabilités directes quand vient le temps d'assurer l'accès aux soins de santé à certains groupes, notamment les soins primaires aux Premières nations et aux collectivités inuites, ainsi que d'autres services aux vétérans et au personnel de la GRC, du Service correctionnel c'est par son pouvoir de dépenser que le gouvernement du Canada a appuyé l'implantation de régimes provinciaux de santé publique. Le gouvernement du Canada a joué un rôle important dans l'évolution du système de santé canadien et l'on ne peut omettre ce fait dans le sujet que nous traitons.

Le pouvoir de faire des lois concernant l'emploi des langues officielles n'a pas été formellement inscrit dans les articles 91 et 92 de la *Loi constitutionnelle de 1867*. Par conséquent, ce pouvoir appartient aux deux niveaux de gouvernement, à l'intérieur de leurs compétences législatives. La compétence de légiférer sur les questions linguistiques est un pouvoir « accessoire » qui est lié à l'exercice de la compétence législative du Parlement ou des législatures provinciales dans les domaines qui leur sont assignés⁶. Comme l'a affirmé le professeur Pierre Foucher de l'Université de Moncton, « le droit à des soins de santé dans la langue de la minorité relève des provinces⁷. »

Toutefois, depuis 1867, le pouvoir de dépenser est le principal moyen qui a permis au gouvernement central d'exercer son autorité dans le domaine de la santé. La *Loi constitutionnelle de 1867* accorde au Parlement fédéral un pouvoir à peu près illimité d'imposer et de dépenser. Ce pouvoir lui a permis d'intervenir dans des domaines de compétence des provinces comme les soins de santé et d'essayer de les amener à se conformer à des normes nationales uniformes, voire même d'orienter l'esprit de politiques qui relèvent de la compétence des provinces.

Tous les experts que nous avons consultés ont exprimé d'une même voix que le Parlement peut utiliser son pouvoir de dépenser pour appuyer les gouvernements provinciaux dans l'offre de soins de santé dans les deux langues officielles. Cette option serait la voie la plus sûre sur le plan juridique bien que plus controversée sur le plan politique. Il pourrait utiliser son pouvoir de dépenser pour faire des paiements directs aux particuliers, à des tiers ou aux provinces, comme il le fait actuellement pour l'éducation en milieux minoritaires, pour améliorer les services sociaux ou les soins de santé. Bien qu'il

⁶ C'est ce que la Cour suprême a statué dans l'arrêt *Devine* en 1988 en affirmant que le Québec avait la compétence législative voulue pour légiférer sur l'aspect de la langue dans les domaines de sa compétence législative. Le juge Michel Bastarache est venu confirmer l'arrêt *Devine* sur ce point au paragraphe 14 de l'arrêt *Beaulac* de 1999.

⁷ *Témoignages*. Comité permanent des langues officielles, réunion n° 30, 37^e législature, 2^e session, 16 septembre 2003, (0915).

CHAPITRE 1 : LES FONDEMENTS CONSTITUTIONNELS ET JURIDIQUES À DES SOINS DE SANTÉ DANS LES DEUX LANGUES OFFICIELLES

La décision de la Commission de restructuration des services de santé de l'Ontario de fermer l'hôpital Montfort en février 1997, et toute la bataille juridique qui s'en est suivie, a fait naître un débat qui est toujours d'actualité aujourd'hui, soit les droits individuels et collectifs à des soins de santé et de services sociaux dans la langue de la minorité. Cette question a été portée à l'attention des commissions qui se sont penchées sur l'avvenir des soins de santé au Canada (Kirby et Romanow)⁴. Le Comité des langues officielles a demandé à quatre experts juridiques de se prononcer sur les fondements constitutionnels et juridiques à des soins de santé dans la langue de la minorité. Plus précisément, nous leur avons demandé de baser leur interprétation sur quatre législations qui nous semblent pertinentes :

- La *Loi constitutionnelle de 1867*, incluant le pouvoir fédéral de dépenser;
- La Charte canadienne des droits et libertés;
- La *Loi canadienne sur la santé*;
- La *Loi sur les langues officielles*.

La Loi constitutionnelle de 1867

D'entrée de jeu, il est important de faire un rappel sur la répartition des pouvoirs entre les deux ordres de gouvernement. Comme l'a rappelé André Braën, professeur de droit à l'Université d'Ottawa, les gouvernements provinciaux ont reçu de vastes pouvoirs dans le domaine de la santé en vertu de la *Loi constitutionnelle de 1867*. Outre leur compétence à l'égard des hôpitaux et des asiles (art. 92 (7)), ils ont reçu des pouvoirs constitutionnels en santé publique en vertu de leur compétence sur les questions locales ou privées que la Constitution confie aux provinces (art. 92 (16)). Ils administrèrent également les régimes provinciaux d'assurance maladie, conséquence de leur pouvoir de réglementation en matière de propriété et de droits civils (art. 92 (13))⁵. Bien que les provinces aient une responsabilité prépondérante dans la prestation des soins de santé, il

⁴ Nous faisons référence ici à l'étude menée par le Comité permanent du Sénat des affaires sociales, des sciences et de la technologie (Comité Kirby) ainsi que celles de la Commission sur l'avvenir des soins de santé au Canada (Commission Romanow) qui ont déposé leurs rapports finaux à l'automne 2002.

⁵ *Témoignages*, Comité permanent des langues officielles, réunion n° 31, 37^e législature, 2^e session, 17 septembre 2003, (1615).

services de santé offerts aux minorités linguistiques et surtout, pour en assurer la pérennité à long terme. Le Comité considère que cet enjeu est trop important et fondamental pour être remis en question à tous les cinq ans, au gré du financement disponible et selon le bon vouloir des autorités politiques du moment. Nous savons tous que la santé fait l'objet d'intenses discussions entre les gouvernements provinciaux et le gouvernement du Canada depuis quelques années. Il est grandement temps que les questions relatives aux soins de santé offerts aux minorités linguistiques soient traitées avec l'attention qu'elles méritent par les décideurs en place. Ces discussions devront déboucher par la mise en œuvre de mesures structurantes et à long terme.

INTRODUCTION

La présente étude fait suite à une motion adoptée le 19 mars 2003 par un vote majoritaire de 153 contre 35 voix de la Chambre des communes où il a été demandé au Comité permanent des langues officielles de la Chambre des communes de faire rapport au plus tard le 31 octobre 2003 sur la question suivante :

Que le projet de loi C-202, *Loi modifiant la Loi canadienne sur la santé (dualité linguistique)*, ne soit pas lu maintenant pour la deuxième fois, mais que l'ordre soit annulé, le projet de loi retiré et son objet renvoyé au Comité permanent des langues officielles, qui devra faire rapport à la Chambre au plus tard le 31 octobre 2003¹.

La ministre de la Santé, l'honorable Anne McLellan, et le ministre des Affaires intergouvernementales, l'honorable Stéphane Dion, ont également écrit au président du Comité permanent des langues officielles pour lui demander d'explorer d'autres mécanismes pouvant favoriser un meilleur accès à des soins de santé pour les communautés minoritaires de langue officielle.

À la suite du mandat qui lui a été donné, le Comité a décidé d'orienter son travail sur un premier axe, soit celui de la détermination des fondements juridiques pour l'offre de soins de santé aux minorités linguistiques. Si la Cour d'appel de l'Ontario a mis fin à une longue saga judiciaire le 7 décembre 2001 en tranchant pour le maintien intégral de l'hôpital Montfort d'Ottawa, le débat à savoir si les minorités linguistiques possèdent ou devraient posséder un droit individuel ou collectif à des soins de santé et de services sociaux² dans leur langue demeure actuel. Dans le premier chapitre, nous présenterons une synthèse des différents avis juridiques que nous avons demandés sur cette question.

Dans le deuxième chapitre, le Comité présente un bref aperçu de la situation en matière d'accès aux soins de santé dans la langue de la minorité, incluant les initiatives en cours pour améliorer la situation. L'investissement de 119 millions de dollars annoncé en mars dernier dans le volet santé du Plan d'action du gouvernement du Canada sur les langues officielles³ aura un « effet de levier » certain sur le réseautage, les soins primaires et la formation.

Dans la troisième section, nous verrons qu'il est nécessaire d'inscrire toute la question de l'accès aux soins de santé pour les minorités linguistiques à l'intérieur du débat plus large sur l'avenir du système de santé du Canada. Les mécanismes actuels de coopération entre les gouvernements doivent être mis à profit pour améliorer les

¹ *Débats, Chambre des communes*, 19 mars 2003, p. 4447.

² Dans le présent rapport, le concept de santé inclut les services sociaux.

³ Gouvernement du Canada, *Le prochain acte : un nouvel élan pour la dualité linguistique canadienne. Le plan d'action pour les langues officielles*, 2003, p. 79.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ARUC	Alliances de recherche universités-communautés
CCCFSM	Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire (Comité bipartite communautés francophones — Santé Canada)
CCCASM	Comité consultatif des communautés anglophones en situation minoritaire (Comité bipartite communautés anglophones — Santé Canada)
CNFS	Consortium national de formation en santé
CRSH	Conseil de recherches en sciences humaines du Canada
FCFAC	Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada
FAJEFCL	Fédération des associations de juristes d'expression française de common law
FASSP	Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires
IRSC	Instituts de recherche en santé du Canada
PLOE	Programme des langues officielles dans l'enseignement
TCS	Transfert canadien en matière de santé
TCSPS	Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux

DEMANDE DE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT	43
OPINION COMPLÉMENTAIRE DU BLOC QUÉBÉCOIS	45
PROCÈS-VERBAL	47

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS	ix
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 — LES FONDEMENTS CONSTITUTIONNELS ET JURIDIQUES À DES SOINS DE SANTÉ DANS LES DEUX LANGUES OFFICIELLES	3
La Loi constitutionnelle de 1867.....	3
La Charte canadienne des droits et libertés.....	5
La Loi canadienne sur la santé	8
La Loi sur les langues officielles	9
CHAPITRE 2 — L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ DANS LES DEUX LANGUES OFFICIELLES : INITIATIVES ACTUELLES ET PERSPECTIVES D'AVENIR.....	13
Le réseautage	18
Les soins primaires	19
La formation	20
La recherche	21
Les nouvelles technologies (Infosanté)	24
CHAPITRE 3 — LES MÉCANISMES DE COOPÉRATION INTERGOUVERNEMENTALE DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ	27
Finances Canada, le TCSPS et la Loi sur les langues officielles.....	29
Conclusion	31
LISTE DES RECOMMANDATIONS.....	33
ANNEXE A — LISTE DES TÉMOINS.....	37
ANNEXE B — LISTE DES MÉMOIRES.....	39
ANNEXE C — LETTRE AU PRÉSIDENT DE LA PART DES MINISTRES DE LA SANTÉ ET DES AFFAIRES INTERGOUVERNEMENTALES	41

LE COMITÉ PERMANENT DES LANGUES OFFICIELLES

a l'honneur de présenter son

NEUVIÈME RAPPORT

Conformément à l'ordre de renvoi de la Chambre des communes du 20 mars 2003, le Comité permanent des langues officielles s'est penché sur l'objet du projet de loi C-202, *Loi modifiant la Loi canadienne sur la santé (dualité linguistique)*, et a convenu de présenter les observations et recommandations suivantes :

COMITÉ PERMANENT DES LANGUES OFFICIELLES

PRÉSIDENT

Mauril Bélanger, député
Ottawa—Vanier (ON)

VICE-PRÉSIDENTS

Yvon Godin, député
Yolande Thibault, députée
Acadie—Bathurst (NB)
Saint-Lambert (QC)

MEMBRES

Carole-Marie Allard, députée	Laval-Est (QC)
Mark Assad, député	Gatineau (QC)
Eugène Bellemare, député	Ottawa—Orléans (ON)
John Bryden, député	Ancaster—Dundas—Flamborough— Aldershot (ON)
Jeannot Castonguay, député	Madawaska—Restigouche (NB)
Christiane Gagnon, députée	Québec (QC)
John Herron, député	Fundy—Royal (NB)
Rahim Jaffer, député	Edmonton—Strathcona (AB)
Jason Kenney, député	Calgary—Sud-Est (AB)
Dan McTeague, député	Pickering—Ajax—Uxbridge (ON)
Scott Reid, député	Lanark—Carleton (ON)
Benoît Sauvageau, député	Repentigny (QC)
Raymond Simard, député	Saint-Boniface (MB)

GREFFIER DU COMITÉ

Marc-Olivier Girard

DIRECTION DE LA RECHERCHE PARLEMENTAIRE DE LA
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Marion Ménard, analyste

**L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ POUR LES
COMMUNAUTÉS MINORITAIRES DE LANGUE
OFFICIELLE :**

**Fondements juridiques, initiatives actuelles et
perspectives d'avenir**

**Rapport du Comité permanent des
langues officielles**

**Mauril Bélanger, député
Président**

Octobre 2003



Le Président de la Chambre des communes accorde, par la présente, l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ce document à des fins éducatives et à des fins d'étude privée, de recherche, de critique, de compte rendu ou en vue d'en préparer un résumé de journal. Toute reproduction de ce document à des fins commerciales ou autres nécessite l'obtention au préalable d'une autorisation écrite du Président.

Si ce document renferme des extraits ou le texte intégral de mémoires présentés au Comité, on doit également obtenir de leurs auteurs l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ces mémoires.

Les transcriptions des réunions publiques du Comité sont disponibles par Internet : <http://www.parl.gc.ca>

En vente : Communication Canada — Edition, Ottawa, Canada K1A 0S9



CHAMBRE DES COMMUNES
CANADA

L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ POUR LES COMMUNAUTÉS MINORITAIRES DE LANGUE OFFICIELLE : fondements juridiques, initiatives actuelles et perspectives d'avenir



Rapport du Comité permanent
des langues officielles
Mauril Bélanger, député
Président
Octobre 2003